

Nieves Hernández Flores*

El *respeto* como valor social. Un estudio de Pragmática sociocultural en encuentros comunicativos de consultas médicas

Respect as a social value. A Sociocultural Pragmatics study in communicative encounters during medical consultations

<https://doi.org/10.1515/soprag-2019-0027>

Resumen: El *respeto interpersonal* es un valor social reconocido por todo tipo de culturas, pero cuyas características pueden diferir, no solo entre lenguas, sino también entre comunidades culturales dentro de una lengua. El presente trabajo se propone estudiar este valor social en situaciones comunicativas de consulta médica dentro de la comunidad cultural de Galicia (España), con el objetivo de profundizar en sus características, funciones sociales y manifestaciones comunicativas. La finalidad es obtener una caracterización ajustada al contexto sociocultural que pueda utilizarse en el análisis de las actividades de imagen producidas durante la interacción hablada. Para ello, se ha recurrido a un cuestionario de hábitos sociales a los pacientes, entrevistas a los médicos y al análisis de una consulta médica. Los resultados muestran que, como en otras comunidades de habla y de práctica, el respeto se asocia con la amabilidad, pero también presenta características propias, como es, por parte del paciente, la consideración y aceptación a la autoridad científica del médico, y, por parte del médico, la consideración por el paciente al escucharle, hablarle con sinceridad, preocuparse por él/ella y ayudarle.

Palabras clave: valores culturales, ‘respeto interpersonal’, imagen social, comunicación médico-paciente

Abstract: *Interpersonal respect* is a recognized social value across every culture, although its features may differ not only among languages, but also among cultural communities that share a same language. The present work aims to study this social value in communicative situations during medical

*Corresponding author: Nieves Hernández Flores, Department of English, Germanic and Romance Studies, University of Copenhagen, Emil Holms Kanal 6, 2300 Copenhagen S, Denmark, E-mail: nhf@hum.ku.dk

consultations in the cultural community of Galicia (Spain). The purpose is to explore the characteristics, social functions and communicative expression of this social value. The final goal is to obtain an accurate characterization that fits the sociocultural context and can be used in the analysis of facework in communicative interactions. With this purpose in mind, data from patient questionnaires about their social habits in interactions with medical personnel, interviews with doctors and audio-recorded medical consultations have been analyzed. The results show that, as in other speech and practice communities, *interpersonal respect* is related to kindness, but it also presents specific features, such as the patients' assessment of the doctor's scientific authority and the doctor's social consideration for the patient by listening and talking truthfully, as well as demonstrating concern and a desire to help the patient.

Keywords: cultural values, 'interpersonal respect', face, doctor-patient communication

1 Introducción

En la Pragmática sociocultural, el conocimiento de los valores sociales de la comunidad bajo estudio es fundamental para poder analizar e interpretar los comportamientos comunicativos realizados por sus miembros. Estos valores forman parte de una ideología social subyacente, es decir, son valores conocidos y consensuados, y son los que sustentan los comportamientos (comunicativos o no) que se producen en dicha comunidad, de forma que pueden ser seguidos o ignorados, pero no por ello dejan de constituir su base ideológica social. Estos valores, que son de tipo cultural, influyen en la configuración de la llamada *imagen social (face)* de las personas, una necesidad psicosocial (Goffman, 1967) que en encuentros comunicativos es tenida en cuenta por los hablantes de acuerdo con la situación específica en que se encuentran y con los roles que desempeñan a lo largo de la interacción, lo que da lugar a que lo que comunican tenga efectos en su imagen social, lo cual constituye las llamadas *actividades de imagen* (cf. Bravo, 1999, 2002; Hernández Flores, 2002, 2013).

Los valores sociales que otorgan las características de la imagen social pueden ser más o menos idiosincrásicos de una comunidad cultural. Algunos de ellos parecen inherentes a lenguas específicas,¹ mientras que otros comparten denominación y presencia en diferentes lenguas, sin que por ello sus

¹ Ver a este propósito, el artículo de Fernández y Goddard (en este volumen) sobre las aportaciones de los estudios de la Metalengua Semántica Natural (NSM).

características sean necesariamente las mismas. Es el caso del *respeto*, un tipo de actitud y comportamiento social presente en las relaciones humanas y valorado por las diferentes culturas, que no solamente puede variar en cuanto a la importancia social que se le atribuye, sino también en cuanto a cómo se define, qué comportamientos se asocian con él, en qué circunstancias aparece, de qué personas es esperado, y qué personas son merecedoras de recibirlo.

En este trabajo me propongo discutir la noción de *respeto* en una comunidad cultural, entendida esta como una comunidad de habla que comparte valores culturales, la cual, a su vez, está delimitada por la situación de habla en que se encuentran los hablantes, es decir, constituye una comunidad de práctica. Esta delimitación permite cubrir características propias de una lengua y una cultura, pero también de la situación en que se producen los encuentros comunicativos, proporcionando una caracterización más precisa a la noción manejada. El objetivo es obtener una descripción del concepto de *respeto* para, a continuación, mostrar su aparición por medios comunicativos en interacciones orales de esa misma comunidad de práctica. Mediante la especificación de las características de este valor social y el análisis de su presencia en la interacción hablada, el propósito final es contribuir a la descripción de valores presentes en la imagen social de comunidades culturales específicas que puedan servir a futuros análisis de interacciones comunicativas en esa u otras situaciones de habla, al tiempo que tender un puente hacia estudios en otras comunidades culturales. Por otra parte, teniendo en cuenta el carácter del presente número especial de la revista SOPRAG, pretendo mostrar desde la Pragmática sociocultural resultados comparables con los que aportan los estudios etnopragmáticos de la teoría de la Metalengua Semántica Natural (o NSM, por sus siglas en inglés: *Natural Semántic Metalanguage*), en torno a *palabras claves culturales* (cf. Wierzbicka, 1997; Goddard, 2004; Levisen y Waters, 2017), de manera que ambas disciplinas, NSM y Pragmática sociocultural, puedan enriquecerse mutuamente en sus análisis.

Con dichas finalidades, y siguiendo el camino emprendido en estudios anteriores (Hernández Flores, en prensa a, en prensa b) se estudiará la comunidad de práctica formada por el personal médico y los pacientes de un centro de salud en un municipio de Galicia (España). Para ello, se parte de las descripciones sobre el valor social del *respeto* por parte de estudios pragmáticos y de comunicación médica, así como de las definiciones léxicas del término en diccionarios de diferentes idiomas. En el apartado de análisis, se discuten los resultados de las preguntas sobre el factor del respeto en un cuestionario de hábitos sociales a pacientes de atención primaria, en concreto, en cuanto al respeto que perciben por parte del médico (cf. Hernández Flores, en prensa a) y, en entrevistas a los médicos del mismo centro médico, en cuanto al respeto que

perciben por parte del paciente. A continuación, se analizan extractos de una consulta para mostrar cómo aparece este valor a través de los comportamientos comunicativos de los hablantes y su importancia para la imagen social. Finalmente se muestra cómo las descripciones de los informantes sobre el respeto ayudan a obtener un análisis más completo y matizado.

2 Marco teórico

2.1 La imagen social y los valores culturales

En los estudios de Pragmática sociocultural, la imagen social alude a la autoestima de la persona, la cual es expuesta en los encuentros comunicativos con otras personas (Goffman, 1967). Se trata de un concepto clave para entender las repercusiones psicosociales de la comunicación, de manera que lo que se comunica (de forma verbal o no verbal), afecta a la autoestima de los interactuantes, constituyendo dicho comportamiento comunicativo *actividades de imagen* (Bravo, 1999, 2002; Hernández Flores, 2002, 2013). Las actividades de imagen pueden ser de diferente tipo según a quién y cómo afectan, pudiendo tener un efecto positivo para la imagen de los interactuantes (hablamos de *cortesía*), negativo (*descortesía*) o simplemente es insignificante (efecto neutro) para el destinatario y positivo para el propio hablante, lo que denominamos *actividades de autoimagen* (cf. Hernández Flores, 2013).

Desde la perspectiva relativista de la Pragmática sociocultural, el concepto de *imagen social* adquiere complejidad al considerarse que esta no es universal, sino que incorpora características específicas provenientes de valores propios de comunidades concretas. Estos rasgos constituyen el *relleno* de dos categorías vacías de significado en torno a la persona y su autoestima social: la *imagen de autonomía*, referida a la autoconcepción de la persona como alguien con contorno propio, y de *afiliación*, su autoconcepción como parte de un grupo (Bravo, 1996, 1999). De esta manera, qué características específicas definen la imagen social de autonomía y afiliación en una comunidad concreta viene dado por una base ideológica constituida por valores, actitudes y comportamientos conocidos y consensuados por los miembros de dicha comunidad. Esta ideología es lo que constituye el *contexto sociocultural* en que se mueven los hablantes en sus interacciones comunicativas (Bravo, 1999, 2002), y es por ello que en estudios pragmasocioculturales, el conocimiento de dicho contexto es fundamental para analizar las interacciones e interpretar los significados sociales que se producen en ellas.

Como forma de acceder a este contexto, los analistas han buscado apoyo en estudios de diferentes disciplinas (antropológicos, sociológicos, históricos o literarios), y a métodos de consulta dirigidos a miembros de la comunidad cultural en cuestión. Entre estos métodos de consulta están las entrevistas, encuestas y el *questionario* (o *test*) de *hábitos sociales*, el cual, mediante preguntas a informantes nativos sobre valores sociales y comportamientos habituales, muestra las características propias del contexto sociocultural de dicha comunidad (cf. Hernández Flores, 2002). Estas características propias, obtenidas de cuestionarios o de entrevistas,² constituyen el *contexto del usuario ideal*, es decir, el contexto que el miembro de la comunidad cultural conoce y que le conduce en sus interpretaciones del mundo (cf. Bravo, 2009). De esta forma, los comportamientos comunicativos de este hablante y sus valoraciones de los comportamientos de otros hablantes estarán condicionados por su conocimiento de los valores sociales que componen dicho contexto. Es por ello que *acceder* a ese contexto del usuario ideal de una comunidad cultural supone para el analista contar con una base interpretativa para el análisis de corpus naturales producidos en dicha comunidad, lo cual permite evitar, en gran medida, las interpretaciones universalistas o etnocentristas que puede conllevar este tipo de investigación.

Las características de contextos socioculturales en comunidades hispanohablantes han sido objeto de atención en numerosos estudios empíricos de cortesía e imagen social.³ Uno de los valores identificados y más estudiados dentro de la categoría de *imagen afiliativa* ha sido el de *confianza*, señalado por Bravo (1996, 1999) en interacciones españolas, y cuya presencia ha sido constatada en análisis de corpus en España (Hernández Flores, 2002; Contreras Fernández, 2005; Bernal, 2007); Argentina (Bravo, 2002; Boretti, 2003); Costa Rica (Murillo Medrano, 2003) y México (Félix-Brasdefer, 2008), entre otras comunidades. Este valor cultural también es objeto de atención en estudios de la NSM (Fernández y Goddard, en este volumen) y recientemente ha sido objeto de atención en el corpus de consultas médicas en que se basa el presente estudio, mostrándose sus peculiaridades en esa situación específica de habla (Hernández Flores, en prensa b). La observación de la presencia de la confianza en la interacción médica partió de la mención e importancia atribuida por los informantes de un cuestionario de hábitos sociales a pacientes del centro médico donde se

² Sobre las ventajas y desventajas de este tipo de métodos en estudios pragmáticos, véanse por ejemplo Kasper y Dahl (1991) y Roulston (2010).

³ Entre otros muchos cabe mencionar: C. García, 1993, 1996; Bravo, 1996, 1999, 2009; Placencia, 1996; Puga Larraín, 1997; Boretti, 2001; Hernández Flores, 2002; Murillo Medrano, 2005; Bernal, 2007; Félix-Brasdefer, 2008; Escamilla Morales et al., 2014.

grabó el corpus analizado. En el presente estudio, el enfoque en el valor social del *respeto* sigue las mismas directrices de análisis.

2.2 El *respeto interpersonal* en comunidades de lengua, de habla y de práctica

El respeto interpersonal ha sido observado y explicado desde tempranos estudios pragmáticos en el mundo hispanohablante como una característica de la imagen social y como muestra de cortesía (por ejemplo, C. García, 1993, 1996; Placencia, 1996). El respeto se considera parte de las normas cívicas, de forma que el fenómeno contrario, la *falta de respeto*, entraña una ruptura de estas, lo que conlleva *descortesía* (Bernal, 2007, p. 188; Kaul de Marlangeon, 2017, p. 6).

Con frecuencia, el respeto se ha explicado como uno de los factores sociales que determinan el uso de determinadas formas lingüísticas, como los apelativos nominales (*señor/señora*), y en especial de la forma de tratamiento pronominal *usted* (Placencia, 1996, p. 21; Félix-Brasdefer, 2006, p. 2179; Covarrubias, 2002, entre otros), oponiéndolo al factor social de la *confianza*, que se reflejaría en el uso pronominal de *tú* (Vázquez Laslop y Orozco, 2010). Por otra parte, el hecho de que en muchas comunidades hispánicas la forma de tratamiento *usted* sea la propia de situaciones formales y/o entre hablantes distantes socialmente ha sustentado la idea de incluir el *respeto* como factor social característico de este tipo de relaciones, como se recoge, por ejemplo, en el término *distancia respetuosa* empleado en el análisis de interacciones de servicios de algunas comunidades culturales (Márquez Reiter y Placencia, 2004). Sin embargo, la asociación del respeto con la distancia social resulta claramente insuficiente cuando este se observa en las relaciones familiares, especialmente en el tratamiento a los miembros de edad más avanzada y, en general, a la gente mayor de la sociedad. En esos casos, el respeto no implica necesariamente distancia social (cf. Placencia, 1996; Hernández Flores, 2002).

Desde la perspectiva de la pragmática contrastiva de lenguas, el respeto, a diferencia de otros términos asociados a culturas específicas (como el de *confianza*), tiene una presencia general, y así se recoge léxicamente en diccionarios de distintas lenguas, con acepciones parecidas.⁴ En el de la RAE (<https://dle.rae.es/?id=WC6OLMQ>) aparecen dos definiciones: una en torno a

⁴ No obstante, hay que hacer notar que en estudios sociológicos y etnográficos sobre comunidades específicas escritos en inglés, como los realizados en Estados Unidos sobre las comunidades latinas, se prefiere mantener el término en español *respeto* en lugar del inglés *respect*, por considerarse que ambos no son completamente equivalentes en su significado (cf. Erzinger 1991).

la *veneración* a alguien por sus virtudes y a la aceptación de su *autoridad*: ‘Veneración, acatamiento que se hace a alguien’, y otra en torno a la *deferencia*: ‘Miramiento, consideración, deferencia’. En francés, el Larousse (<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/respect/68670?q=respect#67918>) destaca, como en el español, la *veneración*: ‘Sentiment de vénération envers ce qui est considéré comme sacré’ y la *consideración* entendida como sentimiento y comportamiento hacia alguien: ‘Sentiment de considération envers quelqu’un, et qui porte à le traiter avec des égards particuliers; manifestations de ces égards’. En inglés (Cambridge Dictionary: <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/respect>), en lugar de *veneración* se prefiere el término de menor carga semántica *admiración*, y además se especifica el motivo de la misma: por las ideas y cualidades de alguien o algo: ‘admiration felt or shown for someone or something that you believe has good ideas or qualities’, recogándose también comportamientos de consideración social hacia personas o cosas que lo merecen: ‘politeness, honour, and care shown towards someone or something that is considered important’. En suma, en las tres lenguas el significado recoge un sentimiento de valoración por alguien con propiedades que lo merecen y un comportamiento especial hacia alguien señalado socialmente. Sin embargo, la definición léxica no nos da más pistas sobre cuáles son esas propiedades tan valoradas ni sobre qué personas merecen ese señalamiento exclusivo, una tarea que le corresponde a la pragmática, tanto para incorporar los valores culturales como las situaciones sociales, más o menos convencionalizadas, así como los contextos específicos que propician la aparición del respeto.

Estas peculiaridades interculturales se han destacado en estudios pragmáticos, como el contrastivo de cortesía familiar en español peninsular y alemán (Contreras Fernández, 2005). En las respuestas a un cuestionario de hábitos sociales, el respeto aparece como altamente valorado por los informantes de ambas lenguas, pero también con un diferente significado: en el grupo alemán el respeto concierne a mantener una posición distante con respecto a la esfera privada de la persona, mientras que en la española es parte de un trato amable que facilita las relaciones (Contreras Fernández, 2005, p. 385). De la misma manera un comportamiento considerado como *falta de respeto* en la alemana, como es la interrupción conversacional, es aceptado con normalidad, e incluso aceptado como necesario para el buen discurrir comunicativo y social, en la española (Contreras Fernández, 2005, p. 388).

Pero estas particularidades no se limitan a diferencias entre lenguas, sino que, dentro de una sola, como el español, hay particularidades sobre qué es el respeto y cuáles son sus características. Así, en algunas comunidades como la ecuatoriana (Placencia, 1996) y la peruana (C. García, 1993, 1996) se asocia con comportamientos

de *deferencia*.⁵ En el caso de la primera, muestran Márquez Reiter y Placencia (2004) que en interacciones de servicios en Quito el ustedeo es una expresión de *distancia respetuosa*, frente a la *cercanía* del tuteo observado en Montevideo. En la mexicana, Bravo (1998, pp. 357–358) interpreta las muestras de *ceremonial* y *mantenimiento de formas* de las interacciones de negocios, como *respeto a la posición relativa* de los hablantes, en un aparente trato *asimétrico – aparente*, explica la autora, porque su relación social en realidad no es asimétrica – consistente en mostrarse como *servidor*, lo que Bravo considera una característica de la imagen afiliativa mexicana.⁶ Este mismo significado es confirmado por Félix-Brasdefer (2009, p. 21) y otros estudios (W. García, 1996; Covarrubias, 2002; Félix-Brasdefer, 2006; Flores Salgado, 2012; Orozco, 2012; Rodríguez Alfano y Jiménez, 2014).⁷ También en una aplicación del cuestionario de hábitos sociales a la comunidad mexicana sobre el uso de la cortesía en general, y en familia en particular (Hernández Flores, 2009), observé la alta presencia del *respeto* en las respuestas, entendiéndose como un valor cortés acompañado con frecuencia por el de *amabilidad*, y con enfoque en la *consideración social* como forma de *honrar* a la persona mediante el uso de formas comunicativas cuidadas.⁸ Estos resultados fueron comparados con los obtenidos con el mismo cuestionario en España (Hernández Flores, 2002), donde también el respeto fue muy mencionado, pero en este caso con un significado de *tolerancia* hacia los pensamientos, actitudes y acciones de los otros (Hernández Flores, 2009, p. 199), lo que me llevó a concluir con una pregunta que enlaza con el tema del presente trabajo: si aun tratándose de un mismo concepto, una misma lengua y rasgos culturales comunes, el respeto tendría diferentes características y consideraciones sociales por parte de dos diferentes comunidades culturales.

Pero si el respeto como valor social tiene diferente consideración entre, acudiendo a la terminología sociolingüística, comunidades de lengua (como la alemana y la española) y comunidades de habla, (como la mexicana y la española), también puede tener sus propias características en una comunidad de práctica. Esta

5 Para una discusión sobre los conceptos de *respeto* y *deferencia* desde una perspectiva intercultural, y la conveniencia de alcanzar definiciones diferenciadas mediante los comentarios metapragmáticos de hablantes nativos en sus conversaciones diarias, véase Haugh (2010).

6 Bravo relaciona esta característica afiliativa con otras de la imagen de autonomía en esta comunidad, como la *reserva*, al tiempo que la vincula a usos comunicativos como el del sobreentendido (o habla indirecta).

7 Dentro de la misma comunidad cultural mexicana destaca la variación interregional en cuanto a las actitudes y comportamientos que caracterizan el respeto, en parte por influencias culturales de pueblos indígenas (Félix Brasdefer, 2009, pp. 22–23). Este hecho es mostrado por Schrader-Kniffki ([2007] 2012) en su estudio pragmasociocultural de la comunidad zapoteca.

8 La mención conjunta de *respeto* y *amabilidad*, es también un resultado del cuestionario de hábitos sociales de Murillo Medrano (2005, p. 131) en Costa Rica.

fue de hecho la conclusión del estudio mencionado más arriba sobre el valor de la *confianza* en la comunidad de práctica constituida por los médicos y pacientes de un centro de salud, pues si bien la confianza en el contexto médico coincidía en rasgos generales con lo descrito para otros contextos (como el familiar), esos rasgos adquirirían matices originales vinculados a la situación de habla en que se encontraban los hablantes (cf. Hernández Flores, en prensa b). Estas peculiaridades del valor cultural dependientes del contexto situacional podemos confirmarlas en los resultados del análisis de Bernal (2010, p. 630) de interacciones en juicios por terrorismo en España, donde en este caso la *falta de respeto* de los acusados a las víctimas se vincula a la “carencia de empatía hacia el dolor ajeno”, con el consiguiente daño a la imagen social de víctimas y familiares.

2.3 El respeto en la comunicación médico-paciente

En estudios de comunicación médica, es frecuente que el respeto se asocie con dos factores. Por una parte, con el *poder* que el médico posee sobre el paciente debido a su conocimiento especializado, a su responsabilidad sobre la salud, y, potencialmente, a su estatus educativo y socioeconómico, además del poder interaccional que le permite dirigir la entrevista clínica (hacer preguntas, introducir, concluir o cambiar de tema, etc.). Ante estos factores, el paciente se ve condicionado a *deberle un respeto* al doctor, lo que lingüísticamente se puede entrever en el uso de la forma pronominal *usted* y la léxica *doctor*. Por otra parte, el médico también le debe un respeto al paciente, de acuerdo con los principios bioéticos de la medicina moderna en cuanto al respeto por su autonomía; por ejemplo, dando su consentimiento a los tratamientos (Gerber, 2013).

En estudios de comunicación médica con pacientes hispanohablantes sobresalen los numerosos realizados en Estados Unidos sobre la población latina, destinados a identificar y describir valores sociales propios (especialmente aquellos más entroncados culturalmente, y que contrastan con los de la comunidad angloparlante) con la finalidad de mejorar el servicio médico a los miembros de dicha población. Uno de los más nombrados es el de *respeto*, que de acuerdo con Erzinger (1991), va de forma bidireccional del paciente al médico al mostrarle *deferencia*, y del médico al paciente mediante la consideración hacia sus preocupaciones, interés por su vida, mostrándose accesible, o usando recursos corteses como disculparse ante algún error y dejar hablar al paciente.⁹

⁹ El concepto de *respeto* en este contexto se relaciona con otros considerados propios de la cultura hispana, y como tal nombrados en su denominación original en español, como la

En las interacciones médicas en la comunidad hispana de Estados Unidos,¹⁰ afirma Negrón (2012) que el respeto, además de expresar *reconocimiento* en virtud de factores sociales como la edad, el género, la clase social y la profesión, supone proteger la dignidad de los interactuantes independientemente de su posición social, y cita como su forma de expresión la cortesía y la discreción. Este comportamiento, como confirmaba Erzinger (1991), es mutuo entre médico y paciente.

Finalmente, yendo a otras comunidades culturales como la que nos ocupa en este estudio, la española, en una revisión de la literatura, parece que el valor social del respeto no ha sido tan estudiado ni explicado en detalle, y cuando se hace es para presentar principios consensuados de bioética como el respeto del personal médico por la intimidad del paciente y por sus principios morales y religiosos, al tiempo que el *respeto mutuo* de médico y paciente por la libertad de elección de tratamiento (cf. Jovell, 2004).

3 Método y datos

Como se comentaba en el apartado anterior, a la hora de profundizar en un valor cultural de una determinada comunidad es imprescindible realizar una investigación émica, incorporando las opiniones de personas pertenecientes a dicha comunidad en torno a este valor, lo cual, entre otras maneras, se puede extraer de comentarios metapragmáticos en conversaciones naturales (cf. Blum-Kulka, 1997, pp. 180–219; Hernández Flores, 2002, pp. 87–89; Haugh, 2010, pp. 9–11), o mediante métodos de consulta. En el presente caso, como en trabajos anteriores (Hernández Flores, en prensa a, en prensa b) se ha recurrido al cuestionario (o test) de hábitos sociales, de amplio uso en investigación pragmascociocultural del español (Hernández Flores, 2002, 2009; Bernal, 2007; Murillo Medrano 2008, entre otros).¹¹ Dicho cuestionario consiste en preguntas sobre conceptos y valores sometidos a variación cultural, así como a comportamientos habituales de los hablantes donde se reflejan estos valores. Por otra

simpatía, el *personalismo*, o el *familismo* (Flores, 2000), a los que se añade la *confianza* (Zamudio et al., 2017).

¹⁰ A pesar de tratar la comunidad hispana como conjunto, la autora reconoce las diferencias entre subgrupos en virtud a su país de origen y a la generación a la que pertenecen, más o menos expuesta a la asimilación cultural a la cultura norteamericana.

¹¹ Para una explicación de la utilidad de este método, ver Hernández Flores (2009). Un proyecto de aplicación en Colombia es el proyecto COSOPRAG (Universidad del Atlántico y Universidad de Estocolmo): http://edice.asice.se/?page_id=1048.

parte, la entrevista, método menos utilizado en estos estudios, permite tanto adentrarse en aspectos concretos del interés del investigador (mediante preguntas que específicamente se dirigen a ello), como llegar a dichos aspectos a través de otros relacionados, además de permitir (a diferencia del cuestionario) profundizar en cuestiones que pueden surgir a lo largo de la entrevista.

El presente trabajo es parte de un proyecto sobre la comunicación médico-paciente en Galicia.¹² Se recogieron los datos (cuestionarios, entrevistas y un corpus de consultas médicas) en un centro de salud de una población gallega de unos 10.000 habitantes.¹³ En el caso de las opiniones de los pacientes, se recurrió al cuestionario de hábitos sociales, pues es una forma de obtener una buena cantidad de respuestas, mientras que las de los médicos, al tratarse de un número limitado de informantes, se recogieron en entrevistas.

El cuestionario fue completado por escrito por 148 pacientes. En él se preguntaba sobre aspectos comunicativos, sociales y culturales en la relación con el médico de cabecera en las consultas de atención primaria.¹⁴ Algunas de las preguntas trataban sobre la importancia atribuida y la presencia como comportamiento comunicativo del respeto, a la vista de que este valor había aparecido ampliamente en cuestionarios anteriores sobre diferentes comunidades, como se menciona más arriba. En el caso de las entrevistas, el respeto fue tratado al preguntar sobre el uso de *tú* y *usted* entre médico y paciente y sobre actitudes de respeto y falta de este experimentadas por los médicos en la consulta.

Los resultados serán discutidos en el apartado de análisis y serán complementados con el análisis cualitativo de una consulta médica de atención primaria en el mismo centro de salud donde se pasaron los cuestionarios y se realizaron las entrevistas.¹⁵ El objetivo será comprobar si el factor del respeto,

12 Proyecto *Corpus de interacción médico-paciente en Galicia*, parte del proyecto UC-Care (2013–2016), autorizado por la Universidad de Copenhague (referencia 514-0033/19/400).

13 La comunidad de habla gallega es mayoritariamente bilingüe. En las consultas grabadas, tanto el personal médico como los pacientes utilizan ambas lenguas (gallego y castellano) y las intercambian con naturalidad, incluso dentro de una misma interacción (cf. Rodríguez Tembrás 2016). No obstante, y reconociendo las peculiaridades no solo lingüísticas, sino también culturales, de la comunidad de habla gallega, considero que esta comparte buena parte de los principios culturales observados en otras comunidades de habla dentro de España.

14 Los gráficos con los resultados fueron presentados en otro trabajo (Hernández Flores, en prensa a).

15 El *Corpus de interacción médico-paciente en Galicia* (De Oliveira y Hernández Flores, 2014) consta de aproximadamente 200 horas de grabaciones en audio de consultas médicas en un centro de atención primaria de un municipio gallego. Las grabaciones fueron autorizadas por el Consejo Ético de Galicia y consentidas para su uso científico por los médicos y pacientes que intervienen. A fin de garantizar el anonimato de los participantes, los datos identificativos, como nombres propios de personas presentes o ausentes, así como nombres geográficos de la

de acuerdo con la concepción de los informantes, aparece en esa muestra de datos. Para ello se analizarán las estrategias pragmáticas empleadas y las actividades de imagen que suponen dichas estrategias, análisis que se abordará desde dos perspectivas: poniendo el enfoque en la estructura y desarrollo de la consulta, por una parte, y mediante el análisis de secuencias concretas, por otra.

4 Análisis

4.1 El respeto interpersonal en un cuestionario de hábitos sociales y entrevistas

En el cuestionario a los pacientes, el tema del respeto se abordó de dos maneras. Una preguntando directamente por comportamientos de respeto del médico hacia el paciente, y otra de forma indirecta y más dirigida al respeto mutuo, preguntando por comportamientos donde se esperaba que se mencionara este valor social, como en las preguntas sobre las formas de tratamiento.

La primera pregunta abierta (*¿Cómo muestra su médico respeto por usted?*) se centró en buscar comportamientos y actitudes reconocidos por el paciente-informante, y dio como resultado un enfoque en el trato educado (35,89 % de las respuestas), entendiéndose por ello actitudes de buena educación y cortesía como *prestar atención* al paciente y mostrar *amabilidad, cordialidad y corrección*. Este resultado, por tanto, coincide con el de otras comunidades culturales hispanohablantes donde amabilidad y respeto van juntos. Pero además es interesante, y específico para este contexto, que en las dos menciones siguientes se identifica en comportamientos comunicativos: la escucha del médico al paciente (18,80 %), lo que se hace *con atención, con interés o valorando lo que dice*, y la comunicación con este/a, en concreto *preguntar, explicar y hablar con sinceridad*. En un prácticamente mismo número de menciones (15,38 %) aparecen las *muestras de preocupación e interés* por sus *necesidades*, por hacerle sentirse *cómodo* y por *ayudarle*, lo que se valora tanto en la comunicación con el paciente como con su familia. En Hernández Flores (en prensa a) observé que se echa en falta en estas respuestas relacionar el respeto con la *prestación de un buen servicio profesional*, lo que solo menciona el 4 % de los informantes. Tampoco aparece el respeto a la intimidad, a los principios del

zona donde se encuentran, fueron cambiados. Agradezco al Consejo Ético de Galicia, y al personal y pacientes del centro médico, su colaboración y disponibilidad para con el proyecto.

paciente y a la elección y aceptación de tratamiento, que son los más nombrados en estudios de comunicación médica desde la bioética moderna. Este hecho puede interpretarse como una actitud distante del paciente hacia aspectos específicos asociados a los protocolos profesionales en este tipo de servicio. De hecho, no es solamente que no se mencione el respeto al derecho a tomar decisiones sobre la salud personal, sino que a otra pregunta del cuestionario el 64,86 % de los entrevistados muestran su preferencia por que sea el médico quien decida el tratamiento, una respuesta confirmada por los médicos en las entrevistas que apunta hacia la existencia de un alto grado de *confianza en el profesional de la medicina* (cf. Hernández Flores, en prensa a).

Por el contrario, vemos la coincidencia de entender este valor como parte de un comportamiento cortés (la *amabilidad*) destacado en las comunidades culturales de habla española, si bien el aspecto que mejor se adapta a la situación de habla en que se encuentran los interactuantes (consultas médicas) incorpora el *interés en la persona* y la *sinceridad*, valores estos de tipo cultural presentes en el contexto sociocultural español.¹⁶ Por otra parte, este *interés en, y preocupación por*, la persona, así como la prestación de *ayuda*, apuntan a la valoración de aspectos humanitarios en un tipo de prestación de servicios consistentes en algo tan personal como la salud, lo que podría ser un rasgo propio de esta comunidad cultural en relación a comportamientos de respeto.

Sobre el comportamiento contrario, la *falta de respeto*, se preguntó también en el cuestionario: *¿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?* El 22,20 % dijeron haber sentido falta de respeto, la mitad de ellos (46,24 % de los que respondieron afirmativamente) a causa de una falta de atención y un trato maleducado.

Por otra parte, el respeto fue mencionado al indagar sobre la preferencia del trato del paciente al médico mediante *tú* o *usted*. Si una buena parte de los que preferían el tuteo aludían a la relación de cercanía y confianza (63,41 %), en el caso del *usted* la opinión se dividía entre dos factores: *por educación* (46,34 %) y *por respeto* (41,46 %). Entiendo que cuando los informantes mencionan la *educación* se refieren al aspecto normativo, en concreto a la consideración del estatus social/profesional del médico, ya que otros factores como la distancia o desconocimiento interpersonal no son relevantes en este caso, tratándose de una pequeña comunidad y un servicio de contacto frecuente. Por el contrario, la mención al *respeto*, confirma la relación de este valor social con el uso de *usted* y el comportamiento mencionado de amabilidad y buen trato social.

¹⁶ La *sinceridad* es un valor especialmente destacado en el concepto de cortesía en la comunidad cultural española (Hernández Flores, 2002).

En cuanto a las entrevistas, estas se realizaron a los siete miembros de la plantilla médica fija del centro de salud, así como a tres médicas residentes. Entre las preguntas se abordó la relación social y comunicativa establecida con el paciente, en concreto, en cuanto al uso mutuo de *tú* y *usted*, lo que no dio claros resultados, pues se reconoció que la forma pronominal variaba según situaciones y factores sociales como la edad y el grado de conocimiento.¹⁷ Por parte de los pacientes al médico, se comentó un mayor uso de *usted*, junto con formas nominales como *doctor/a*. Pero lo que resulta destacable para el presente estudio es que los médicos no vinculan de forma directa el uso de *usted* del paciente con una mayor actitud de respeto, sino que consideran que hay más factores en juego.

Por ello, como respuesta a la pregunta de *cómo perciben el respeto del paciente hacia el médico* se mencionaron los *buenos modales*, y a la pregunta de *si han vivido expresiones de falta de respeto*, estas se identificaron con el uso de tono, palabras y expresiones despectivas; además, 7 de los 10 médicos entrevistados mencionaron el no seguimiento del tratamiento o de las indicaciones facultativas como ejemplos de falta de respeto, es decir, se vinculó el respeto al rol profesional desempeñado y a la confianza del paciente en la profesión médica.¹⁸

4.2 El respeto interpersonal durante la consulta médica

En el apartado de análisis, he seleccionado dentro del corpus de consultas médicas una prototípica donde una paciente (P) acude por un dolor, es interrogada y examinada por su médica de cabecera (M) y recibe una prescripción. Pero, además, P aprovecha la visita para abordar otras cuestiones con M. En esta interacción hablada, por tanto, me voy a detener en las estrategias pragmáticas utilizadas y en las actividades de imagen alcanzadas, con el objetivo de identificar, describir y discutir actitudes y comportamientos de respeto partiendo de las características descritas en los anteriores apartados.

La interacción corresponde a una consulta de 14 minutos y 47 segundos donde la Doctora Núñez, médica de atención primaria con una experiencia de 30

¹⁷ Un caso especial es la preferencia del uso de *usted* por parte de las tres médicas residentes (jóvenes y mujeres) como forma de asegurar el respeto de sus pacientes tras haber vivido situaciones donde son tratadas de *tú* junto con vocativos del tipo *chica*.

¹⁸ En Hernández Flores (en prensa a) se comenta esta relación entre la confianza en el médico y el respeto interpersonal.

años, recibe a su paciente, Ester García Fernández,¹⁹ de 44 años, por un dolor en el brazo.²⁰

En el total de la consulta, se han identificado las siguientes partes:

- Saludos y solicitud de permiso para grabar por parte de M.
- Consulta de P sobre dolor en un brazo, con consiguiente sesión de preguntas, examen físico y prescripción de M a P.
- Segunda consulta de P por una anterior dolencia en una pierna que ocasionalmente se repite, y solicitud de derivación sanitaria a un traumatólogo, lo cual M discute, pero acepta.
- Solicitud de P de un análisis de sangre previsto por M, lo cual M acepta.
- Solicitud de P de una derivación sanitaria a un cardiólogo para su madre, lo cual M rechaza, por no corresponderle hacer tal derivación.
- Solicitud de P de una prueba de colesterol para su marido, lo cual M rechaza en virtud de los protocolos del centro de salud.
- Cierre precipitado de la consulta.

A lo largo de la consulta aparecen actitudes y comportamientos de respeto. En el comienzo, mediante la cortesía ritual de saludarse (*buenos días*) y la petición de permiso de M para grabar (*si no te importa lo firmas*) e incluso aludiendo dos veces a la opción de P de rechazar la grabación (*si no quieres no lo firmas; si no/pues se apaga* – la grabadora). El trato usado por P a M es de *usted*, el de M a P es de *tú*, lo cual no parece estar determinado por el factor de la edad (ya que entre las dos hablantes hay aproximadamente diez años de diferencia) y tampoco el grado de conocimiento, ya que se aprecia que la Dra. Núñez es la médica habitual de Ester García. Por ello parece que la preferencia del *usted* se explicaría en este caso por el *respeto a la profesión médica*, unida quizás a una *actitud deferencial* debida al mayor estatus social/educacional de la facultativa (la paciente es asistente doméstica). Por su parte, la Dra. Núñez elige el *tú*, seguramente por el conocimiento que tiene de Ester García, e incluso de su familia (en un momento de la interacción le pregunta por su padre).

Pero lo que más llama la atención en el conjunto es que al motivo inicial de la consulta (por dolor e hinchazón de un brazo) se suceden cuatro solicitudes: dos que atañen a la propia paciente y otras dos para familiares, lo que supone que a los 4 minutos que dura la consulta solicitada (por dolor de brazo) se añaden 10 minutos, excediéndose los aproximadamente 8 minutos asignados

¹⁹ Los nombres son figurados.

²⁰ Las transcripciones siguen el sistema del grupo Val.Es.Co.: <http://www.uv.es/valesco/sis tema.pdf>, con el añadido del signo © para el habla percibida como *sonriente*, según el proyecto Samtalegrammatik. (<https://samtalegrammatik.dk/udskriftssystem/>).

por paciente en este centro de salud. Este hecho puede suponer que haya un esfuerzo en construir la actividad comunicativa, con componentes de respeto, tanto por parte de P a M a la hora de conseguir un servicio mayor de lo que le corresponde, como por parte de M hacia P a la hora de dedicarle tiempo y atención en lo que requiere. Ambas cumplen en este sentido: P muestra cortesía al hacer sus solicitudes, y M accede a atenderle en sus requerimientos no programados. Solamente al final de la interacción esta cadena de consultas/peticiones improvisadas es cerrada de manera pragmática y sin cortesía.

Secuencia 1: cierre y despedida

- 1 P: bueno/ entonces pido/ para trauma /abajo ¿no?
 2 M: mm/ vale
 3 P: muy bien/ ¡venga!
 4 M: ¡hale! deja abierto →
 (*P llama a una nueva paciente*)

La consulta se cierra tras las dos últimas peticiones de P (para sus familiares), repitiendo el motivo original de consulta, pues ya había sido acordado al comienzo de esta (turno 1). P y M clausuran el encuentro comunicativo sin las esperadas fórmulas corteses de agradecimiento y despedida, sustituyéndolas por interjecciones con valor de despedida informal (*venga/hale*). Este final podría llevar a pensar en una posible *falta de respeto* por parte de P hacia M (a quien no le agradece la consulta ni se despide con fórmulas corteses, en el turno 3) y/o quizás también de M hacia P, al cerrar de forma rápida la consulta con la interjección apremiante *¡hale!* (turno 4). No obstante, teniendo en cuenta que el tiempo se ha excedido y hay otros pacientes esperando, parece más bien una forma práctica y efectiva de clausurar el encuentro, sin consideraciones sociales. De hecho, que el respeto se ha mantenido a lo largo de la interacción lo apreciamos en las siguientes secuencias específicas, correspondientes a las cinco solicitudes de P.

Secuencia 2: primera solicitud

- 1 M: entonces (vamos a ver) (*pausa de 6 segundos*) te voy a poner/// un
 antiinflamatorio
 2 P: mire/le quiero comentar/ cuando tuve el→ problema de la pierna/ no
 sé si lo tiene ahí registrado en el→
 3 M: mm /sí
 4 P: y→ allá me dieron Enantyum
 5 M: sí
 6 P: y/ me sienta/ vamos/ [que no me hace→]

- 7 M: [pues es] el que te iba [a poner] =
 8 P: [ah]
 9 M: = precisamente§
 10 P: §pues perfecto§
 9 M: §le tengo aquí/ Enantyum / ya puesto
 aquí/ ese es el que te voy a poner

Esta secuencia es la inmediatamente posterior a las preguntas, examen físico y diagnóstico de M (rotura de una pequeña fibra que tardará unos 40 días en soldarse). Para combatir el dolor, M procede a prescribir un antiinflamatorio, produciéndose la primera petición de P sobre sus preferencias. La petición (turnos 2 y 4) se realiza mediante estrategias de atenuación: una estrategia preparatoria encabezada por la forma apelativa convencionalizada *mire*, que muestra acercamiento al otro y que busca lograr el acuerdo o minimizar el desacuerdo (Albelda et al., 2014, p. 24); la petición indirecta convencionalizada mediante la expresión de un deseo *quiero comentar*; y el uso de un verbo que expresa incertidumbre (Albelda et al., 2014, p. 16) reforzado por la entonación suspendida (Hidalgo, 2009): *no sé si lo tiene registrado*→. A estas estrategias, se sucede la justificación de la petición (turno 6). La estrategia pragmática de P, por tanto, constituye una actividad de cortesía por atenuación de posibles riesgos a la imagen (Hernández Flores, 2002) de M en su rol de médica, una de cuyas características es la de tener autoridad en cuanto a tratamiento y medicación del paciente, de ahí que el comportamiento cortés de P muestra su *respeto* por la autoridad médica. Por su parte, M le confirma la prescripción (turnos 7 y 9).

Esta secuencia enlaza inmediatamente con la siguiente, pues P aprovecha el tema de conversación (un fármaco que tomó en una anterior dolencia) para mencionar esa dolencia y hacer una nueva solicitud: una derivación sanitaria a un especialista.

Secuencia 3: segunda solicitud

- 1 P: vale/ y qué le quería decir/ en la pierna/ a veces me sigue doliendo// yo quería que me diera cita para el traumatólogo/ [en Santiago]
 2 M: [a ver] ¿qué es lo que te duele?
 3 P: eh→ ¡me hinchó→!
 4 M: ¿porque te habías dado un golpe o algo→? [espérate/ lo voy a mirar]
 5 P: [una mala caída→] no sé/
 no sé lo que hice→
 6 M: ¿tuviste una caída?

- 7 P: sí/ no sé si lo tiene ahí/ usted registrado
 8 M: esto fue el día veintiuno/ del tres
 9 P: sí
 10M: era en marzo
 11P: sí
 10 M: (*leyendo en la pantalla*) *inflamación // claro derrame en la rodilla [derecha]*
 11 P: [sí]
 12 M: que fue como repentino↓
 13 P: sí
 14 M: según esto / *desde el miércoles por la noche/ dolor/ derrame en la rodilla / que no podías flexionar // bien / artritis/ jartritis/ en la rodilla!* / calificamos / porque estaba un poco con calor→ derrame
 15 P: sí

La petición de P (turno 1) de nuevo hace uso de estrategias de atenuación, en este caso encabezado por una construcción verbal que expresa fingimiento de incertidumbre (Albelda et al., 2014, p. 17): *y qué le quería decir*, seguido de una justificación preparatoria sin partículas (Albelda et al., 2014, p. 20) de la petición: *en la pierna/ a veces me sigue doliendo*, para llegar a la petición en sí mediante el uso modalizador del tiempo verbal (Albelda et al., 2014, p. 15), en este caso del imperfecto de cortesía: *yo quería que me diera cita*. Esta petición atenuada constituye una nueva actividad de imagen de cortesía con muestra del respeto de P a M a la hora de pedirle un servicio que solo M puede conceder por la autoridad que le confiere su rol. M, a su vez, muestra el respeto por P en una de las actitudes identificadas por los informantes del cuestionario: escuchar a P y tenerla en consideración, pues M responde revisando el historial de P en el ordenador.

Sin embargo, vemos en la siguiente secuencia, que la respuesta de M a la petición es negativa.

Secuencia 4: cuestionamiento de la segunda solicitud y aceptación final:

- 1 M: el traumatólogo ahí no te va a hacer nada// eso/ no me cabe duda
 2 P: ¿no?
 3 M. estoy pensando ¡si el REUMATÓLOGO! ¡en todo caso!/ ¿entiendes?
 4 P: sí/sí / buah, es que me preguntaron/ cuando fui→ allí/ a urgencias/ si tenía→ ☺/ ácido úrico
 5 M: mm

- 6 P: y no lo tenía/ que acababa de hacer unos exa- unos análisis con usted / y bien / pero me dijeron que a veces/ se tiene// que sale bien el a- el análisis pero que/ que lo puedo tener
- 7 M: sí
(ruido de teclado de ordenador)
- 8 P: no sé
(ruido de teclado de ordenador, pausa de 34 segundos)
- 9 P: ya me voy haciendo vieja (risa ligera)
- 10 M: bueno/ lo que→ pasa también un poco/ ¡con los años sí que van apareciendo así cositas!
- 11 P: sí

El rechazo de M a la solicitud de P (turno 1) – realizada de manera directa e intensificada mediante el refuerzo modal de la aserción ante un juicio que no admite dudas (Albelda, 2005, p. 37): *eso no me cabe duda* – podría interpretarse como un cuestionamiento al derecho de P a reclamar un servicio médico específico sin ser especialista en medicina, y por tanto, una posible falta de respeto (descortesía) por el derecho de P a solicitar lo que le parece conveniente para su salud. Sin embargo, el desarrollo interaccional nos muestra que M sigue escuchando a P, la anima (turno 10) usando estrategias atenuantes (*bueno, un poco, cositas*) que en este caso no atenúan amenazas a la imagen (de P), sino que *realzan* su imagen afiliativa (cf. Hernández Flores, 2002) en el rol de paciente, es decir: obtiene la *consideración* y *atención* de su médica, comportamientos de respeto mencionados por los informantes, lo que supone un comportamiento cortés. Pero, además, el rechazo de M en el turno 1 cumple otra muestra de respeto mencionada en el cuestionario: *hablar con claridad y sinceridad*, beneficiando su imagen propia de autonomía en su rol de médica al reafirmar una de las características esperadas (mostrar competencia y autoridad en un tema de salud), pero con un efecto también positivo en la imagen de su paciente, por el evidente beneficio que supone para ella encontrar el mejor tratamiento.

La conclusión de esta secuencia temática (1 minuto y 45 segundos después), supone nuevas muestras de respeto de M por P.

- 22 M: ya te digo // si te falla↑/ y cosas de esas/ hay ya cosas pa' dar/ porque ¡bueno! habría que hacer a lo mejor un estudio [de meniscos↑]=
- 23 P: [¡claro!]
- 24 M: = y si tal y si cual/ pero en este caso/ como la cosa es así un poco que ná'↑ te van a dar un antiinflamatorio y pa' casiña↑/ ¡te lo digo [clarísimo!]=
- 25 P: [bueno]
- 26 M: = pero te voy a dar/ el volante/ ¡porque como tardan tanto!
- 27 P: ¡por eso! ☺

Por una parte, en el turno 22, M repite el argumento del turno 1 al desconsiderar la conveniencia de una visita al traumatólogo solicitado (en este caso se apoya en que la dolencia no impide hacer vida normal (*en este caso como la cosa es así un poco que ná*), repitiendo estrategias intensificadoras: enumeraciones (Albelda, 2005, p. 131): *y si tal y si cual*, y el verbo *decir* como intensificador de la modalidad epistémica (Albelda, 2005, p. 163) *ya te digo*, intensificado a su vez con el superlativo: *te lo digo clarísimo*. Además, busca la complicidad de P mediante el uso de deixis de 2. persona (*ya te digo, si te falla, te van a dar, te lo digo*) y de expresiones léxicas coloquiales locales: *y pa' casiña*. Sin embargo, a continuación, y tras haber oído en los turnos anteriores los dolores ocasionales de P, M accede a firmar la derivación sanitaria (turno 26), lo que muestra el interés y preocupación por P, y su disposición a prestar ayuda.

Un comportamiento similar de respeto interpersonal continúa en la tercera petición de P: un análisis pendiente de control de la anemia.

Secuencia 5: tercera solicitud

- 1 P: ¿y ahora cuándo hago el análisis de→ la→ anemia? y tiro-§
 2M: §pues si nos
 toca/ ya↑ ¡te lo pido ya!
 3 P: sí/ me dijo para tres meses
 4 M: (tos) pues entonces/ tengo aquí/ *análisis de la anemia*/ pues venga/
 entonces *paciente* estamos a quince *()* y revisamos el bocio/ y la
 anemia / entonces *()* ponemos aquí el hierro/ también
 5 P: y el ácido úrico/ por si acaso/ doctora ☺ (*risas*)=
 6 M: ¡sí!
 7 P: = ¡no vaya a ser! ☺(*risas*)
 (pausa)

En esta nueva solicitud, la petición indirecta (turno 1) no requiere mucha atenuación de P, pues se trata de unas pruebas ya previstas, pero no así la de añadir la de ácido úrico, de interés para P por su sospecha de un posible reuma. No obstante, consciente de que es a M, por su rol profesional, a quien le corresponde determinar qué pruebas necesita, P recurre de nuevo a estrategias de atenuación: construcción justificadora o de excusa (Albelda et al., 2014, p. 19): *por si acaso* (turno 5), *no vaya a ser que* (turno 7), reforzada con el uso de la forma de tratamiento señaladora del rol profesional de autoridad, *doctora*, y acompañada del recurso no verbal de la risa (cf. Bravo, 1996; Albelda et al., 2014, p. 25), lo que de nuevo indica el respeto de P por la posición relativa de M, y de M por la situación de P.

Finalmente, la consulta termina con dos últimas solicitudes de P, no para sí misma sino para su madre (secuencia 6) y su marido (secuencia 7), las cuales son rechazadas por M.

Secuencia 6: cuarta solicitud. Cita para la madre de P.

- 1 P: y→ mire// eh→tengo cita también para mi madre→ si me la atiende [ahora]
 2 M: [se la damos] a tu madre/ ¡venga!
 3 P: que se nos olvidó ir al- a la→ cardióloga// en /marzo
 4 M: eso sí que→ eso
 5 P: se me pasó a mí totalmente/ pensaba que era en junio///
 6 M: bueno/ pues entonces ¿qué? ¿habéis ido allí ya y que os den [cita] =
 7 P: [no]
 8 M: = y esas [cosas?]
 9 P: [no no]
 10 M: pues es que tiene que ser ellos allí
 11 P: ¿tengo que ir allí?
 12 M: tienes que ir allí a donde den cita // decirles *mira/ teníamos el tal/ no tenemos/* que te la vuelvan a dar
 13 P: ¡ah! vale→

A la habitual petición atenuada de P (turno 1), M reacciona positivamente (turno 3), antes de darse cuenta de que no le corresponde a ella dar esa cita (turno 10). A pesar de desvincularse de esa tarea, M trata de ayudar a P indicándole lo que debe hacer, e incluso reproduciendo lo que debe decir (turno 12), en una nueva muestra de ayuda, incluso para una gestión que no le corresponde.

Secuencia 7: quinta solicitud. Análisis clínicos para el marido de P.

- 1 P: mire/ y mi marido/ no-/ me preguntó que le dijera/ si podía hacer ya los análisis del colesterol↓/ que él se los hace muy a menudo↓
 2 M: normalmente hacemos uno al año↑ yo no sé cómo/ cuándo lo ha hecho él→ [ni nada→]
 3 P: [no] él se lo hace más / más [seguido]
 4 M: [pues normalmente] eso/ eso tenéis que pedir cita [para él] =
 5 P: [sí]
 6 M: = y yo lo veo/ a ver cuándo le toca

Este último rechazo de M resalta su imagen de autonomía en su rol profesional, pero sin por ello descuidar la afiliación con su paciente indicándole lo que debe

hacer, en una nueva actitud de respeto hacia ella consistente en *ayudar*. Es la secuencia que precede a la despedida (secuencia 1), y permite ver cómo, a pesar de que esta no presenta la cortesía ritual esperable, la interacción ha discurrido en un marco de respeto interpersonal consistente en los valores destacados por los informantes en las consultas.

5 Conclusión

Este trabajo ha tenido como objetivo describir un valor social, con fuertes componentes culturales, como es el *respeto interpersonal*, e identificarlo en la comunicación oral cara a cara de una determinada comunidad de lengua, de habla y de práctica. El propósito ha sido destacar las características propias de este valor social – que en sí existe en otras muchas comunidades – y cómo un conocimiento detallado de dicho valor contribuye a una mayor comprensión lingüística, social y cultural, la cual puede ser aplicada a un buen número de estudios en torno a la comunicación. El marco de estudio es el que aporta la Pragmática sociocultural, pero con objetivos y métodos que asemejan esta disciplina a otras como la NSM. Así, se ha partido de una amplia perspectiva sobre el concepto de *respeto*: definición léxica en diccionarios en varios idiomas, estudio en manifestaciones de lengua y comunicación en general por parte de estudios pragmáticos inter- e intralingüísticos, características lingüísticas, sociales y culturales con finalidad instrumental en estudios de comunicación médica, y, finalmente, con la metodología que caracteriza a la investigación pragmasociocultural: el método de consulta (cuestionarios y entrevistas) y el análisis de corpus naturales. Los métodos de consulta permiten una aproximación émica al significado que le dan, y la valoración que hacen, los miembros de una comunidad, mientras que el análisis de corpus proporciona una descripción detallada en un nivel microdiscursivo (mediante el análisis de partículas lingüísticas de atenuación) y macrodiscursivo, al poder analizar el fenómeno en el conjunto de la interacción, como un proceso que se construye a lo largo de la misma. De hecho, esta perspectiva del análisis global del texto es especialmente importante en el estudio del *respeto interpersonal*, pues lo más característico y destacado de este no aparece tanto en el uso de un determinado elemento lingüístico (como puede ser la forma de tratamiento *usted*), sino de un conjunto de estrategias y movimientos discursivos que producen un efecto en la imagen social de los interactuantes, y que nos llevan a considerar que se han producido actitudes y comportamientos de respeto a lo largo de la interacción.

En concreto, este estudio ha mostrado en el análisis de corpus comportamientos y actitudes mencionados por los informantes, tales como la consideración del paciente a la autoridad médica y, por parte del médico la actitud de escuchar al paciente, mostrar interés y preocupación, considerar sus deseos, ayudarlo en lo que esté en su mano y, aun a riesgo de recibir una réplica, hablarle con claridad y sinceridad.

Los resultados de este estudio pragmasociocultural suponen una base para el estudio del valor social del respeto en otras comunidades de práctica y de habla, al tiempo que invita a adentrarse en otros valores de hondo contenido cultural que muchas veces aparecen recogidos en términos y expresiones lingüísticas propias o compartidas por otras lenguas.

References

- Albelda, M. (2005). *La intensificación en el español coloquial*. Tesis doctoral. Valencia: Universitat de València. Recuperado de http://edice.asice.se/?page_id=305
- Albelda, M., Briz, A., Cestero, A. M., Kotwica, D. & Villalba, C. (2014). Ficha metodológica para el análisis pragmático de la atenuación en corpus discursivos del español. *Oralia*, 17, pp. 7–62.
- Bernal, M. (2007). *Categorización sociopragmática de la cortesía y de la descortesía. Un estudio de la conversación coloquial española*. Tesis doctoral. Estocolmo: Universidad de Estocolmo. Recuperado de http://edice.asice.se/?page_id=305
- Bernal, M. (2010). Descortesía en el contexto judicial. El caso del juicio del 11-M. En Orletti, F. & Mariottini, L. (Eds.), *Descortesía en español. Espacios teóricos y metodológicos para su estudio* (pp. 599–636). Roma/Estocolmo: Università Roma Tre/Programa EDICE. Recuperado de http://edice.asice.se/?page_id=305
- Blum-Kulka, S. (1997). *Dinner Talk: Cultural Patterns of Sociability and Socialization in Family Discourse*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Boretti, S. (2001). Aspectos de la cortesía lingüística en el español coloquial de Argentina. *Oralia*, 4, pp. 75–102.
- Boretti, S. (2003). Tests de hábitos sociales y la investigación de la cortesía. En Bravo, D. (Ed.), *Actas del Primer coloquio del programa EDICE “La perspectiva no etnocentrista de la cortesía: identidad sociocultural de las comunidades hispanohablantes”* (pp. 198–202). Estocolmo: Universidad de Estocolmo. Recuperado de http://edice.asice.se/?page_id=305
- Bravo, D. (1996). *La risa en el regateo: Estudio sobre el estilo comunicativo de negociadores*. Tesis doctoral. Estocolmo: Universidad de Estocolmo. Recuperado de http://edice.asice.se/?page_id=305
- Bravo, D. (1998). ¿Reírse juntos? Un estudio de las imágenes sociales de hablantes españoles, mexicanos y suecos. En Haverkate, H., Mulder, G. & Maldonado, C. (Eds.), *La pragmalingüística del español: Recientes desarrollos* (pp. 315–364). Amsterdam: Rodopi.
- Bravo, D. (1999). ¿Imagen ‘positiva’ vs. imagen ‘negativa’? Pragmática socio-cultural y componentes de face. *Oralia*, 2, pp. 155–184.

- Bravo, D. (2002). Actos asertivos y cortesía: imagen del rol en el discurso de académicos argentinos. En Placencia, M. E. & Bravo, D. (Eds.), *Actos de habla y cortesía en el español* (pp. 141–174). München: Lincom Europa.
- Bravo, D. (2009). Pragmática, sociopragmática y pragmática sociocultural del discurso de la cortesía: una introducción. En Bravo, D., Hernández Flores, N. & Cordisco, A. (Eds.), *Aportes pragmáticos, sociopragmáticos y socioculturales a los estudios de la cortesía* (pp. 31–68). Buenos Aires: Programa EDICE-Dunken.
- Contreras Fernández, J. (2005). *El uso de la cortesía y las sobreposiciones en las conversaciones. Un análisis contrastivo alemán-español*. Tesis doctoral. Valencia: Universitat de València. Recuperado de http://edice.asice.se/?page_id=305
- Covarrubias, P. (2002). *Culture, communication, and cooperation: Interpersonal relations and pronominal address in a Mexican organization*. Lenham: Rowman & Littlefield.
- Erzinger, S. (1991). Communication between Spanish-speaking patients and their doctors in medical encounters. *Culture, medicine and psychiatry*, 15 (1), pp. 91–110.
- Escamilla Morales, J., Henry Vega, G., Morales Escorcía, E., Samper Suárez, J. & Torres Roncallo, L. M. (2014). Humor, imágenes discursivas y (anti) cortesía en conversaciones estudiantiles universitarias. *Signo y seña*, 26, pp. 49–68.
- Félix-Brasdefer, J. C. (2006). Linguistic politeness in Mexico: Refusal strategies among male speakers of Mexican Spanish. *Journal of pragmatics*, 38 (12), pp. 2158–2187.
- Félix-Brasdefer, J. C. (2008). *Politeness in Mexico and the United States: A contrastive study of the realization and perception of refusals* (Vol. 171). Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing.
- Félix-Brasdefer, J. C. (2009). Estado de la cuestión sobre el discurso de la (des) cortesía y la imagen social en México. En Rodríguez Alfano, L. (Ed.), *La (des)cortesía y la imagen social en México. Estudios semiótico-discursivos desde varios enfoques analíticos* (pp. 15–44). Monterrey/Stockholm: Universidad Autónoma de Nuevo León/Programa EDICE. Recuperado de http://edice.asice.se/?page_id=305
- Fernández, S. S. & Goddard, C. (en este volumen). Una aproximación al estilo comunicativo de cercanía interpersonal del español a partir de la teoría de la Metalengua Semántica Natural.
- Flores, J. (2000). *From bomba to hip-hop: Puerto Rican culture and Latino identity*. New York: Columbia University Press.
- Flores Salgado, E. (2012). La imagen social en la selección de las expresiones de disculpa. En Escamilla Morales, J. & Henry Vega, G. (Eds.), *Miradas multidisciplinares a los fenómenos de cortesía y descortesía en el mundo hispánico* (pp. 545–567). Barranquilla/Stockholm: Universidad del Atlántico/Programa EDICE.
- García, C. (1993). Making a Request and Responding to It: A Case Study of Peruvian Spanish Speakers. *Journal of pragmatics*, 19 (2), pp. 127–152.
- García, C. (1996). Reprimanding and responding to a reprimand: A case study of Peruvian Spanish speakers. *Journal of pragmatics*, 26 (5), pp. 663–697.
- García, W. (1996). Respeto. A Mexican Base for Interpersonal Relationships. En Gudykunst, W. B., Ting-Toomey, S. & Nishida, T. (Eds.), *Communication in Personal Relationships Across Cultures* (pp. 137–155). London: SAGE.
- 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, South Africa: University of Stellenbosch.

- Goddard, C. (2004). 'Cultural Scripts': a New Medium for Ethnopr pragmatic Instruction. En Achard, M. & Niemeier, S. (Eds.), *Cognitive Linguistics, Second Language Acquisition, and Foreign Language Teaching* (pp. 145–165). Berlin/New York: Mouton de Gruyter.
- Goffman, E. (1967). *Interactional ritual: Essays in face-to-face behavior*. New York: Pantheon Books.
- Haugh, M. (2010). Respect and deference. En Locher, M. A. & Graham, S. L. (Eds.), *Interpersonal Pragmatics* (pp. 271–288). Berlin: Mouton de Gruyter.
- Hernández Flores, N. (2002). *La cortesía en la conversación española de familiares y amigos: La búsqueda de equilibrio entre la imagen del hablante y la imagen del destinatario*. Tesis doctoral. Aalborg: Universidad de Aalborg. Recuperado de http://edice.asice.se/?page_id=305
- Hernández Flores, N. (2009). Percepciones de cortesía en México y España: una comparación a través del test de hábitos sociales. En Rodríguez Alfano, L. (Ed.), *La (des)cortesía y la imagen social en México. Estudios semiótico-discursivos desde varios enfoques analíticos* (pp. 171–206). Monterrey/Stockholm: Universidad Autónoma de Nuevo León/Programa EDICE. Recuperado de http://edice.asice.se/?page_id=305
- Hernández Flores, N. (2013). Actividad de imagen: caracterización y tipología en la interacción comunicativa". *Pragmática Sociocultural*, 1 (2), pp. 175–198. Recuperado de <https://www.degruyter.com/downloadpdf/j/soprag.2013.1.issue-2/soprag-2012-0012/soprag-2012-0012.pdf>
- Hernández Flores, N. (en prensa a). 'Amabilidad', 'atención', 'profesionalidad'. Valores sociales atribuidos por el paciente a su médico de cabecera y características de imagen social en la consulta médica. *Discurso y Sociedad*.
- Hernández Flores, N. (en prensa b). '¿Usted qué me aconseja?' La confianza con y la confianza en el médico en actividades de imagen en la consulta médica. En Fuentes Rodríguez, C.; Brenes Peña, E. & González Sanz, M. (Eds.), *(Des)cortesía, actividades de imagen e identidad en discursos en español*. Sevilla: Universidad de Sevilla.
- Hidalgo Navarro, A. (2009). Modalización (des) cortés y prosodia: estado de la cuestión en el ámbito hispánico. *Boletín de Filología de la Universidad de Chile*, XLIV, pp. 161–195.
- Jovell, A. J. (2004). La historia natural de la profesión médica vista por un paciente. *Monografías. "Humanitas". La profesión médica y los retos del milenio*, 7, pp. 23–31.
- Kasper, G. & Dahl, M. (1991). Research methods in interlanguage pragmatics. *Studies in second language acquisition*, 13(2), pp. 215–247.
- Kaul de Marlangeon, S. (2017). Tipos de descortesía verbal y emociones en contextos de cultura hispanohablante. *Pragmática Sociocultural*, 5 (1), pp. 119–123. Recuperado de: <https://www.degruyter.com/downloadpdf/j/soprag.2017.5.issue-1/soprag-2017-0001/soprag-2017-0001.pdf>
- Levisen, C. & Waters, S. (2017). *Cultural Keywords in Discourse*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins.
- Márquez Reiter, R. & Placencia, M. E. (2004). Displaying closeness and respectful distance in Montevidean and Quiteño service encounters. En Márquez Reiter, R. & Placencia, M. E. (Eds.), *Current trends in the pragmatics of Spanish* (pp. 121–155). Amsterdam: John Benjamins.
- Murillo Medrano, J. (2003). La cortesía verbal en situaciones de habla en Costa Rica: hacia la comprensión de la imagen social en su contexto sociocultural. En Bravo, D. (Ed.), *Actas del Primer Coloquio del programa EDICE: "La perspectiva no etnocentrista de la cortesía:*

- identidad sociocultural de las comunidades hispanohablantes* (pp. 128–142). Estocolmo: Universidad de Estocolmo. Recuperado de http://edice.asice.se/?page_id=305
- Murillo Medrano, J. (2005). Significados de la cortesía lingüística a partir de la aplicación de un test de hábitos sociales en Costa Rica. En Murillo Medrano, J. (Ed.), *Actas del II Coloquio del Programa EDICE* (pp. 116–136). Recuperado de http://edice.asice.se/?page_id=305
- Murillo Medrano, J. (2008). Sobre la metodología de investigación en estudios sobre el discurso de la cortesía: a propósito del empleo de cuestionarios de hábitos sociales. En Briz Gómez, A.; Hidalgo Navarro, A.; Albelda Marco, M.; Contreras Fernández, J. y Hernández Flores, N. (Eds.), *Actas del III Coloquio internacional del Programa EDICE: Cortesía y conversación: de lo escrito a lo oral* (pp. 53–71). Valencia/Estocolmo: Universidad de Valencia y Programa EDICE. Recuperado de http://edice.asice.se/?page_id=305
- Negrón, R. (2012). Respeto. En Loue, S. & Sajatovic, M. (Eds.), *Encyclopedia of Immigrant Health*, vol. 1 (pp. 1295–1296). New York: Springer. Recuperado de https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/978-1-4419-5659-0_659.pdf
- Oliveira, S. M. de & Hernández Flores, N. (2014). *Corpus de interacción médico-paciente en Galicia*. (No publicado).
- Orozco, L. (2012). Cortesía, imagen y razones para no realizar una petición. En Escamilla Morales, J. & Henry Vega, G. (Eds.), *Miradas multidisciplinares a los fenómenos de cortesía y descortesía en el mundo hispánico* (pp. 158–177). Barranquilla/Stockholm: Universidad del Atlántico/Programa EDICE.
- Placencia, M. E. (1996). Politeness in Ecuadorian Spanish. *Multilingua - Journal of Cross Cultural and Interlanguage Communication*, 15 (1), pp. 13–34.
- Puga Larraín, J. (1997). *La atenuación en el castellano de Chile: un enfoque pragmatolingüístico*. Valencia: Universitat de València. Recuperado http://edice.asice.se/?page_id=305
- Rodríguez Alfano, L. & Jiménez, E. (2014). La variable social en el halago. Aplicación de un test de hábitos sociales en la comunidad de Monterrey. En Flores Treviño, M. E., & Infante Bonfiglio, J. M. (2014). *La (des) cortesía en el discurso: perspectivas interdisciplinarias (imagen, actos de habla y atenuación)*, pp. 297–324. Recuperado de http://edice.asice.se/?page_id=305
- Rodríguez Tembrás, V. (2016). Alternancia de lenguas como estrategia de actividad de imagen en la comunicación médico-paciente en un consultorio gallego. *Textos en Proceso*, 2 (1), pp. 94–121. Recuperado de: <https://www.asice.se/index.php/tep/article/view/40/37>
- Roulston, K. (2010). Considering quality in qualitative interviewing. *Qualitative Research*, 10 (2), pp. 199–228.
- Schrader-Kniffki, M. ([2007] 2012). Silence and Politeness in Spanish and Zapotec Interactions (Oaxaca, Mexico). En Placencia, M. E. & García, C. (Eds.), *Research on Politeness in the Spanish-Speaking World* (pp. 305–332). London-New York: Routledge.
- Vázquez Laslop, M. E. & Orozco, L. (2010). Formas de tratamiento del español en México. En Hummel, M., Kluge, B. & Vázquez Laslop, M. E. (Eds.), *Formas y fórmulas de tratamiento en el mundo hispánico* (pp. 247–270). México D.F.: El Colegio de México, Centro de Estudios Lingüísticos y Literarios.
- Wierzbicka, A. (1997). *Understanding Cultures through Their Key Words*. Oxford: Oxford University Press.
- Zamudio, C. D., Sánchez, G., Altschuler, A. & Grant, R. W. (2017). Influence of Language and Culture in the Primary Care of Spanish-speaking Latino Adults with Poorly Controlled Diabetes: A Qualitative Study. *Ethnicity & disease*, 27 (4), pp. 379–386.