

ACTIVIDADES DE IMAGEN Y ATENUACIÓN EN LAS CONSULTAS PEDIÁTRICAS

GIOVANNA MAPELLI
Università degli Studi di Milano

1. LA COMUNICACIÓN MÉDICO-PACIENTE Y LA COMUNICACIÓN TRIPARTITA EN PEDIATRÍA

LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE ha sido ampliamente estudiada desde diferentes enfoques, tanto el clínico (Pendleton y Hasler: 1983; Arora *et al.*: 2005; Gelabert: 2012) como el lingüístico y el pragmático (Aransson Säterlund-Larsson: 1987; Robins y Wolf: 1988; Maynard y Heritage: 2005; Collins: 2005; Candlin: 2006; Adegbite y Odebunmi: 2006; Odebunmi: 2008).

En el marco de la lingüística se han analizado las estrategias comunicativas que se emplean en el discurso con el objetivo de lograr una comunicación efectiva con el paciente y mejorar la relación con él y, por ende, aumentar las posibilidades de que el paciente se cure.

Destacan también las investigaciones sobre la polifonía y el papel del acompañante, ya que hoy en día en la mayor parte de las consultas participa algún familiar o asistente social (Halkowski: 2001) que adquiere un papel fundamental en el proceso comunicativo y desempeña diferentes roles. En concreto, hay estudios que subrayan las ventajas y los inconvenientes de la presencia del acompañante en la consulta en cuanto a la duración y se interrogan sobre la efectiva relevancia de su colaboración en la elaboración del diagnóstico y de la prescripción del tratamiento (López García-Ramos *et al.*: 2009; Turabián y Franco: 2015; Turabián *et al.*: 2016). Por otra parte, hay investigaciones que, desde un punto de vista pragmático y discursivo, se detienen en la configuración discursiva del acompañante en el encuentro y en los roles que desempeña de acuerdo con el comportamiento comunicativo (Madfes: 2006; López García-Ramos *et al.*: 2009; Cordella: 2011a y 2011b; Hernández Flores: 2017; Fioramonte y Vásquez: 2019).

La relación médico-paciente es un tipo de interacción asimétrica prototípica (Ainsworth-Vaughn: 1998; Orletti: 2000) que se caracteriza por la diferente posición jerárquica que ocupan ambas partes. Así, el médico posee un nivel especializado de conocimiento y experiencia clínica, lo que contrasta con un menor dominio de los conocimientos especializados y con la experiencia vital de la enfermedad por parte del paciente. Se trata de un tipo de relación en que los interlocutores se distinguen también por un acceso desigual a los poderes de gestión de la interacción, es decir, hay predeterminación de la alternancia de los turnos y uno de los interlocutores controla el desarrollo de la comunicación y de la organización de esta, aparte de dominar el tema con capacidad para imponer su punto de vista debido a su poder social (Cordella: 2004). Este encuentro comunicativo se desarrolla en un contexto de servicio público (Valero: 2008), tiene una motivación clara relacionada con un problema de salud y queda supeditado a unas reglas estructurales preestablecidas. Estas reglas vinculan, además, a los individuos, estableciendo roles sociales e interpersonales (Madfes: 2003), lo cual crea un sentido de afiliación entre los interactuantes y, por lo tanto, algunos comportamientos que en otros contextos podrían considerarse amenazadores o conflictivos son mitigados y pueden ser aceptados como necesarios.

Si bien la consulta es básicamente de carácter bipartito —hay un paciente que interacciona con un médico con el objetivo de obtener asistencia sanitaria—, en ocasiones el profesional está asistido por otra persona (un médico residente, un enfermero), o bien el mismo paciente llega acompañado, dando lugar a una relación multipartita, como ocurre en el ámbito geriátrico (Cordella 2011a, 2011b) o pediátrico (Tates y Meeuwesen: 2001; Tates *et al.*: 2002; Nova, Vegni y Moja: 2005; Tucci: 2003), donde hay un paciente-niño, un progenitor y el pediatra. En las consultas cara a cara, si el niño es capaz de comunicarse el pediatra tendría que tenerlo en cuenta y entablar un diálogo con él además de con el acompañante; de hecho, cabe recordar que el menor es el verdadero protagonista y hay que relacionarse con él con sensibilidad, honestidad y respeto (Meli: 2017). Sin embargo, existen estudios que demuestran que hay una escasa participación del niño en el proceso comunicativo (Tates y Meeuwesen: 2001; Tates *et al.*: 2002; Nova, Vegni y Moja: 2005). Son sobre todo los padres quienes interfieren en la intervención de los menores, aun cuando estos saben hablar (Tates y Meeuwesen: 2000). En esta relación diádica, el adulto desempeña el rol del acompañante con una función activa (Madfes: 2006), asume una mayor responsabilidad interaccional, está más comprometido en cuanto al proceso terapéutico y, al ser un familiar, está estrechamente vinculado al paciente desde el punto de vista emotivo (Fioramonte y Vásquez: 2019). El médico, en cambio, tiende a incluir al paciente, si puede expresarse, sobre todo cuando solicita información sobre su condición física, y a excluirlo durante el diagnóstico y el tratamiento (Tates y Meeuwesen: 2001). Si el niño es muy pequeño, el facultativo mantiene algún contacto, visual o gestual, con el paciente para crear un clima acogedor y distendido (Venturelli: s.f.). Es

fundamental relacionarse también con el niño para favorecer la complicidad enfocada hacia el control y crear un clima de confianza, a pesar de que no hable, y para que el proceso de cura se cumpla con satisfacción. Durante el encuentro se crea un clima emotivo que influye en la capacidad de comprensión recíproca (de Winter, Bearveldt y Kooistra: 1999); la calidad de la relación está determinada por la actitud del médico y la percepción del paciente y del progenitor.

2. MARCO TEÓRICO

El presente estudio pretende, por una parte, ampliar las investigaciones en el ámbito de la lengua española sobre la interacción médico-(acompañante)-paciente cara a cara (Cepeda: 2005, 2006, 2009; Cordella: 2011a, 2011b; Hernández López: 2010; Hernández Flores: 2016, 2017; Hernández Flores y Rodríguez Tembrás: 2018). Por otra parte, se propone profundizar en el análisis de la construcción discursiva de la consulta pediátrica, ya que en este ámbito los estudios en lengua española son escasos. En concreto, desde un enfoque pragmalingüístico y sociopragmático se destacarán las estrategias de imagen que los interlocutores emplean en el contexto profesional de la interacción pediátrica.

Utilizamos el concepto de *actividad de imagen* para indicar aquellos comportamientos comunicativos que tienen un *efecto social* (Bravo: 2002) sobre la imagen de los interactuantes y sobre el clima socioemocional de la interacción. Se trata, por lo tanto, de un concepto más amplio que el de *cortesía*, ya que abarca también la *descortesía* y las *actividades de autoimagen*, que se alternan en un intercambio comunicativo. Para su caracterización, Hernández Flores (2013) se apoya en dos perspectivas interrelacionadas: la *direccionalidad* que se refiere a la dirección «seguida por el efecto social hacia los interactuantes, es decir qué imágenes son mayormente afectadas por el comportamiento comunicativo» (p. 178) y la *modalidad* del efecto, que puede ser positivo, negativo o neutro. En particular, la cortesía tiene un efecto positivo sobre la imagen tanto del hablante como del oyente; la actividad de autoimagen está dirigida al realce, a la protección o a la confirmación de la imagen del hablante (Hernández Flores: 2006) sin que se hayan vislumbrado necesariamente actos amenazadores; por último, la descortesía tiene un efecto negativo sobre la imagen del oyente y, a veces, también del hablante (Hernández Flores: 2013). En concreto, en la interacción médico-paciente, Cepeda (2005, 2006, 2009) y Hernández López (2009, 2010) tratan el efecto positivo para la imagen social de los interactuantes que supone la cortesía; por otra parte, Hernández Flores (2016), Hernández Flores y Rodríguez Tembrás (2016) y Rodríguez Tembrás (2016) añaden los comportamientos de *autoimagen* y, por último, Madfes (2003) y Hernández López (2009, 2010) se centran en las amenazas a la imagen que se pueden producir en la interacción y a las relaciones de poder y de desigualdad.

Las actividades de imagen forman parte de las relaciones interpersonales y están motivadas por dos necesidades humanas, que se concretan de manera diferente

en cada cultura: por una parte, la *autonomía*, el requerimiento de ser reconocido como alguien particular dentro de un grupo; por otra parte, la *afiliación*, el deseo del individuo de ser identificado como miembro del grupo (Bravo: 1999). En los países de lengua española, la autonomía se plasma en la expresión de autoafirmación y autoestima en el sentido de «ser original y consciente de las buenas cualidades sociales propias» (Bravo: 1999, p. 68) que permiten al individuo destacarse del grupo y expresar sus opiniones persuasivamente y con fuerza. En cambio, la afiliación se manifiesta en actos de afecto, solidaridad, confianza, que engloban al interlocutor en un clima de profunda familiaridad, como han demostrado Hernández Flores (2006) y Bernal Linnersand (2007). Este sentido de una mayor confianza supone una mayor integración en el grupo y consiente hablar más abiertamente.

La imagen se relaciona con otro factor social, el *rol*, que corresponde a la posición que ocupa la persona en el grupo y en la situación concreta en la que se encuentra. Por lo tanto, de acuerdo con los roles que cada uno desempeña en un determinado contexto tendrá unas necesidades de imagen determinadas. En la interacción médico-paciente, por ejemplo, al rol de médico le corresponden valores sociales como la profesionalidad, saber escuchar y saber comunicar con palabras sencillas, ser atento, responsable, empático, respetuoso y saber crear una relación de confianza con el paciente (Madfes: 2003; Rodríguez Tembrás: 2016; Meli: 2017; Hernández Flores: 2020), para que este colabore, por ejemplo, en el proceso decisional de la terapia (Robins y Wolf: 1988) o se sienta más tranquilo y seguro en situaciones personales delicadas (Hernández Flores: 2019).

3. CORPUS Y METODOLOGÍA

En este trabajo analizaremos 30 consultas pediátricas (cinco horas y media aproximadamente) que proceden del «Corpus de interacción médico-paciente en Galicia» (Oliveira Sandi y Hernández Flores: 2014) grabadas en el centro de Salud de un municipio gallego (La Coruña) en el mes de mayo de 2014 con el Consentimiento Ético de Salud.

Según lo acordado con el Consejo, se puso un aviso en todas las puertas del consultorio anunciando las grabaciones; el médico informó al paciente y estos dieron el consentimiento oral y escrito para ser grabados. En la consulta están presentes la pediatra, a veces la pediatra residente que explora al niño, los progenitores, normalmente la madre, y el paciente. Se han analizado las entrevistas en castellano y no se han considerado las intervenciones en gallego¹. Según el protocolo, el tiempo que tiene a disposición la pediatra para cada paciente es de siete

¹ En ocasiones los hablantes usan cada uno una lengua, sin interferir en la comunicación, como es propio de una comunidad bilingüe. Para un análisis del papel del gallego como estrategia de actividad de imagen véase Rodríguez Tembrás (2016).

minutos. Los niños enfermos tienen edades diferentes que oscilan desde los pocos meses hasta los 14 años. Las enfermedades que se tratan son bastante frecuentes y no graves: mocos, fiebre, tos, acné, estreñimiento, diarrea, etc. La prescripción siempre ha sido aceptada de buen grado, excepto en algunos casos, como veremos más adelante. La total adecuación al tratamiento se debe al hecho de que se trata de una pediatra mayor, en la que los padres tienen mucha confianza al haber sido, en muchos casos, a su vez pacientes suyos. Por lo tanto, sería interesante, para futuras investigaciones, ampliar el corpus con entrevistas a médicos más jóvenes y que los padres no conozcan.

A partir de la transcripción de las entrevistas², indagaremos desde el punto de vista cualitativo cómo se estructura la consulta y qué estrategias de imagen utilizan los interactuantes, con el objetivo de observar su efecto social (Bravo: 2005), es decir, sus repercusiones sobre el clima socioemocional de la comunicación interpersonal.

4. ANÁLISIS

En primer lugar, nos detenemos en la estructura de la consulta; se respetan tanto las tres secuencias estándares: 1. la anamnesis; 2. la exploración y 3. la conclusión (diagnóstico y tratamiento) (Tates *et al.*: 2002), como el tiempo a disposición, que según el protocolo es de siete minutos, como dijimos antes.

La pediatra, que llamaremos con el nombre ficticio de doctora Teresa Ferrer (DF), después del saludo, invita a explicar el motivo de la visita. En su primera intervención, la pediatra se presenta en su rol profesional con la voz médica (Cordella: 2002), es decir, pregunta inmediatamente sobre el estado de salud del niño con expresiones como: *¿qué pasa?*, *¿qué cuentas?*, *vamos a ver qué pasa*, *¿qué es lo que esta pasando?*, con las que muestra interés por el paciente. Estas preguntas se dirigen normalmente a los padres; cuando el paciente es un poco mayor, la pediatra lo interpela directamente. En estos casos, a una primera y breve intervención del enfermo sigue inmediatamente la de la madre, que explica mejor y da más detalles, y a partir de allí la conversación se lleva a cabo casi exclusivamente entre los adultos, aunque se aprecia que la pediatra, de vez en cuando, sigue preguntando al paciente y se dirige a él cuando explica el tratamiento (2). El papel del niño es, por lo tanto, bastante pasivo: reproduce lo que los padres lo incitan a decir (*dile bien dónde te duele*), otras veces, el acompañante lo excluye totalmente del proceso comunicativo con expresiones como *dice que del todo no le pasa* o llega incluso a contradecir lo afirmado por el hijo (1). El familiar³ asume la responsabilidad y la

² Para la transcripción se ha utilizado el sistema del grupo Val.Es.Co. (<http://www.uv.es/valesco/sistema.pdf>).

³ En los ejemplos, indicamos con M a la madre, con P al padre y con Pa al paciente.

autoridad de suplantar al paciente con el fin de presentar y completar la condición de salud del hijo (Fioramonte y Vásquez: 2019):

- (1)
 DF: ¿qué te pasa?
 Pa: me duele la cabeza
 DF: te duele la cabeza desde §
 M: § se queja muchas veces del dolor de cabeza
 [...]
 DF: la cabeza / vale / desde hace tres días ¿le **pone** el ibuprofeno y le pasa?
 M: sí / le pasa
 DF: ¿del todo? ¿te pasa del todo?
 Pa: eh
 M: a ver / ¿te pasa del todo del todo? / a mí me **dice que del todo no le pasa**
 [...]
 DF: [...] ¿toses mucho?
 Pa: eh sí
 M: no estos días no tose / estos días estornuda pero no tose

- (2)
 DF: te voy a poner un tratamiento pa' sacar todo el moco este de aquí / luego te voy a dar las pautas de las jaquecas y vamos a ir vigilando ¿vale?

En primer lugar, hay que destacar que en todas las entrevistas se nota un clima confidencial y distendido. La forma de tratamiento generalizada es el tuteo, solo en pocas ocasiones la pediatra utiliza el *usted* (como en 1). De hecho, la DF declara que utiliza el *tú* porque muchos de los padres fueron pacientes suyos cuando eran pequeños y el trato es muy familiar, sin que esto le reste profesionalidad⁴. Los lazos afiliativos que derivan de una relación previa justifican también el registro coloquial (en 4 y 5 *calla la boca, puñeteros*) para acercarse más al interlocutor y crear un ambiente confortador; asimismo, los progenitores en la mayoría de los encuentros utilizan la fórmula de tratamiento informal:

- (3)
 DF: es normal // vale / pues mira / ¿tienes colirio en casa para los ojos?
 M: Sí.
- (4)
 DF: no / no / **calla la boca** / que no te voy a dar ningún susto
 M: **dime**
 DF: estamos participando en un estudio para mejorar la asistencia y la atención a los pacientes / entonces se están grabando las consultas ¿a vosotros os importa?

⁴ Información extraída de la entrevista con la DF.

(5)

DF: sí / pues mira / muchas veces se llaman somatizaciones o sea que los nenes si no les gusta ir o si no tal / o alguna cosa de estas / pues hacen cosas / entonces los niños son a veces **puñeteros**

Los acompañantes se dirigen a ella también con su nombre de pila:

(6)

M: dile adiós a Teresa

Asimismo, la doctora utiliza vocativos afectivos, como *hija*, para referirse a los pacientes:

(7)

DF: [...] hola **hija** / ¿ya estás aquí?

A veces, a pesar del tuteo, el acompañante reconoce el rol social de la pediatra y recurre al título profesional *doctora*:

(8)

M: ¡hola, **doctora**!

DF: hola hola

Hay vacilaciones en el uso del *tú* y del *usted* por parte de los progenitores. A veces la madre alterna las dos fórmulas de tratamiento; en otros casos, si está presente también el padre (P), se puede observar un uso diferente de la deíxis personal y verbal:

(9)

M: ¿se lo ve **usted**?

DF: se les ve// vamos a explorarlos y a hacerles todo a ver cómo va la cosa ¿vale? / no / no / cuando están mal / están mal

P: **tú** sabes que cuando están mal →

La pediatra en prácticas, que llamaremos con el nombre ficticio de doctora Ramos (DR), es joven, con menos experiencia, y utiliza, por lo tanto, de forma exclusiva el *usted* para referirse a los padres como muestra de respeto:

(10)

DR: sí / ¿y le sentó bien? ¿No la vomitó ni nada? / con **ustedes** no vomitan / ¿no?

Durante la anamnesis la médica formula preguntas al acompañante para buscar información sobre la condición de salud del niño. Toma nota y asiente a todo lo que dice la madre, mostrándose atenta; de hecho, observamos el uso frecuente del marcador de apoyo discursivo *vale*. Además, la DF repite y reformula (*tos para mover > tos blanda*) y colabora completando el enunciado suspendido de la madre (*nunca fue estreñido pero lleva tres días... > que no hace caca*), creando una unidad discursiva, que representa una instancia de solidaridad y camaradería (Cordella: 2003).

(11)

DF: y ahora tiene dolor de garganta ¿no?

M: ya lleva dos o tres días quejándose y está echando un moco verde espeeso [...]

M: y después otra cosa / **nunca fue estreñido pero lleva tres días** §

DF: **hace caca** § **que no**

DF: dolor de garganta desde hace varios días / ¿fiebre no?

M: no / fiebre no tiene

DF: no fiebre y tiene moco espeso por la nariz verde

M: por la nariz / pero un verde- verde verde

DF: vale / moco nasal espeso / mira ¿eh? ¿tiene tos? ¿sí?

M: tos tos en sí tiene **tos para mover**

DF: **para mover / vale / tos blanda**

La madre especifica la afirmación de la DF, que está tomando nota de los síntomas que tiene el niño, para autoafirmarse como persona que está muy atenta a la salud del hijo:

(12)

DF: y ahora está con congestión / **con moco y así** §

M: **§ con moco espeso**

La entrevista sigue de manera escueta: la médica formula preguntas indagatorias, a veces disyuntivas, que solo requieren un *sí* o un *no* como respuesta, para definir los síntomas y los signos de la dolencia, y se informa sobre los medicamentos (14) que está tomando el paciente, para llegar a un diagnóstico más preciso, sustentando su propia imagen de autonomía profesional como doctora:

(13)

DF ¿y la tos cómo es? ¿mueve mocos? ¿es una tos seca?

M: **no** / tiene algo de mocos

DF: que tiene moco / mmhh// ¿moco de nariz que le caiga o así?

M.: **sí** / también

(14)

DF: [...] ¿le pones el ibuprofeno y le pasa?

M: **sí** / le pasa

(15)

DF: la tos es así / mira de noche te hizo- ¿está ronca o afónica?

M: **no**

Es frecuente el marcador fáptico-apelativo ¿no? para buscar la opinión del interlocutor y solicitar una confirmación de lo aseverado por el hablante. La búsqueda de opinión contribuye a beneficiar la imagen de los interlocutores, ya que se rebaja la fuerza ilocutiva del enunciado y se muestra una valoración positiva de las ideas que el otro pueda tener con respecto a un determinado hecho (García Vizcaíno: 2006):

(16)

DF: vale / eh tuvo fiebre ¿eh? / hace dos días una vez solo ¿no?

M: **sí** / como era así poquito

DF: hace dos días 38,5 que perdió sola / está un poco atascada de la nariz ¿no?

M: **sí**

DF: atascada de la nariz y luego tiene tos más bien seca / más bien seca / vale / y más de noche

M: **sí**.

En la consulta médica, después de la anamnesis, viene el diagnóstico, en el que el pediatra explica la condición de salud que aflige al niño y comparte su conocimiento en medicina con la madre. La fuerza ilocutiva se puede presentar de forma atenuada. De hecho, la DF recurre a estructuras de duda o probabilidad (*poder, parecer*) o utiliza la primera persona del plural como modalidad de la expresión de la impersonalidad, que es un procedimiento subjetivo y solidario, aunque el emisor forma parte del sujeto colectivo solo de forma metafórica y afectiva (Llorente Maldonado de Guevara: 1971); estos mecanismos de atenuación, más que ser corteses, sirven para preservar la imagen del médico y reforzar la imagen afiliativa:

(17)

DF: si empieza con tos y esto de los mocos pasa de una semana a 10 días y **seguimos** con ello / le empieza a doler la cabeza o lo que sea / entonces **puede haber** una sinusitis // entonces vemos

(18)

DF: vale / bueno / porque es que para lo que **parece que tiene** es una infección respiratoria / entonces le afecta al ojo / le hace hacer las cacas más blandas y de momento la tos es seca // entonces una tos **parece irritativa**

(19)

DF: mira en principio **parece** esto / pues un **intento de** empezar con unas migrañas / pero sin ser fuertes ni nada eso

La médica reafirma su imagen a través de estructuras explicativas con *entonces* y *porque*, ya que el contenido proposicional del enunciado anterior posibilita la explicación (*entonces es un virus*) o la recomendación (*vamos a reponer las pérdidas de agua*). El uso del conector consecutivo *entonces* aumenta la fuerza comunicativa del enunciado (Gallardo: 2005), facilita la información médica necesaria para que el interlocutor entienda la naturaleza de la enfermedad o del tratamiento y contribuye a una consecución positiva de la consulta:

(20)

DF: [...] la dejamos así levantada / porque aunque tú le notes así la tos seca dentro de nada empezará con el moco blando / ¿vale? / entonces es un virus que le afecta un poco al aparato respiratorio y está empezando a afectarle al aparato digestivo, entonces le vamos a reponer las pérdidas de agua

La DF apoya lo afirmado por la madre y resalta su imagen de madre atenta (21: *la noto decaída / claro que está*); al mismo tiempo explica el motivo por el cual la paciente se encuentra en aquel estado, reforzando su imagen de autonomía como profesional y sosegando a la madre (22):

(21)

M: yo **hasta la noto decaída**

DF: **claro claro que está** / es que lo pasó mal y ahora tienes que intentar animarte y lo del colegio si quieres apurar mucho en poco tiempo vas a estar peor / porque te vas a poner nerviosa

(22)

M: como lo veo más gordito no me preocupo

DF: y aunque te preocuparas no se puede hacer nada / te iba a dar los mismo ¿eh? / porque cuando dicen que no es que no ¿eh? / y a estas edades como ya no necesitan crecer ni engordar tanto paran un montón ¿eh? / se estancan

M: **estoy más tranquila**

La pediatra puede presentarse en su rol de madre y apelar a anécdotas personales y a su experiencia familiar, siempre para transmitir ánimos a su interlocutora y establecer con ella una relación empática basada en esa identidad compartida de ser progenitor:

(23)

M: tiene problemas con las verduras, entonces cuando hay verduras se pone malísimo

DF: con las verduras, mira **los míos** [mis hijos] hacer eso no lo hicieron pero cuando eso era con el pescado y un día tenían mejillones y el mayor cuando era crío vino se volvió pa' casa y la chica que los cuidaba, como tal, compró mejillones y se los puso, no se le ocurrió volver a hacer eso otra vez

Del mismo modo, en 24, la DF, ante la preocupación de la madre por los hijos prematuros, recurre a otras estrategias para alentarla. Ante todo, el tono coloquial (*muy de todo que te dé la gana, y tal*) sirve para acercarse a la interlocutora y crear un clima de confianza, así como el uso del *tú*, como ya hemos destacado; asimismo, el empleo de la conjunción adversativa *pero* y de la partícula concesiva *aunque* rebaja las afirmaciones anteriores (*tienen lo del oído; tienen un peso un poco retrasado*). Además, utiliza una actividad comunicativa dirigida a la imagen de la madre; de hecho, el halago a la interlocutora y el vocativo (*los tienes bien cuida(d)os mujer, eso está bien*), frente a su inseguridad por los hijos prematuros, se reconoce como acto de refuerzo de la imagen y sirve para estrechar con ella una relación social (Albelda Marco: 2005):

(24)

DF: estos niños tuyos habrán sido muy prematuros y muy todo lo que te dé la gana / pero bueno / tienen lo del oído / pero enfermos así de estar así no están // y aunque tienen un peso un poco retrasado y tal los tenemos gordos como tal y→

M: **si nosotros les damos de todo lo que tenemos en casa / les damos leche / les damos la miel [...]**

DF: **no que cuida(d)os los tienes bien cuida(d)os mujer / eso está muy bien**

A su vez, la doctora en prácticas, cuando refiere lo que ha observado durante el control físico, realza su imagen de autonomía y de afiliación al mismo tiempo: enumera primero los elementos que se refieren al estado saludable del niño, con un tono afectuoso y familiar; en 25, por ejemplo, utiliza el diminutivo en *-ita* (*barriguita*); después introduce el malestar de forma atenuada para no asustar a la acompañante. En 25 y 26, de hecho, utiliza sintagmas cuantificadores minimizadores, *lo único* y *un poco*, y el diminutivo *-ito* (*moquito*). Se trata de actos mitigadores con función afiliativa para tranquilizar a la madre:

(25)

DR: para el tema respiratorio en principio está todo normal / la auscultación es buena / normal de todo / la **barriguita** bien / los oídos y la garganta normales // **lo único** que tiene ahí es el **moquito**

(26)

DF: neurológico normal / oídos los tiene normales / y la orofaringe la tiene **un poco** irritada pero no nada más / ¿eh?

Al final se llega a la prescripción del tratamiento. En esta fase de la consulta, la recomendación es una actividad comunicativa que marca la relación asimétrica, y el médico tiene la responsabilidad de que los padres entiendan bien y que respeten sus consejos (Tucci: 2003). Cabe recordar que, en el contexto de la salud, el consejo y la recomendación no se interpretan como amenazadores de la libertad de acción del paciente, sino más bien como actos de afiliación, porque indican que el médico quiere ayudar al paciente y que este se cure (Madfes: 2003; Hernández Flores y Rodríguez Tembrás: 2018). Es más, el consejo tiene la función de reforzar vínculos sociales de cercanía y fortalecer las relaciones de confianza (Hernández Flores: 1999), porque está orientando al beneficio del interlocutor (Gallardo: 2005); de ahí que en el ámbito médico sirva al profesional para destacar su imagen de autonomía de persona que tiene competencia en el terreno de la salud; para el paciente, el consejo refuerza la imagen de afiliación al ser atendido y bien curado por el médico (Hernández Flores y Rodríguez Tembrás: 2018).

La pediatra utiliza algunas estrategias que confirman su imagen de autonomía con el fin de que el paciente acate las recomendaciones médicas, por ejemplo, con el imperativo (*no se lo echas, dale*):

(27)

DF: desayuno comida y cena /[...] **no se lo echas** en nada porque si nooo / no lo toma a lo mejor / **dale** un milímetro

La DF remarca su autoridad y desarrolla una actividad de autoimagen y reafirma su rol de profesional autónomo con expresiones tajantes como *ya te lo dije*, acompañadas por una entonación marcada, o a través de un recurso intensificador e interaccional como la repetición: en 29 se reiteran expresiones parecidas (*vamos a tener un problema que no se va a solucionar, podemos tener problemas*). Asimismo, las estructuras que expresan un juicio negativo (*no es bueno*) y la enumeración de consecuencias dañinas para el niño (*atrofiar la piel, manchas, estrías*) sirven para afianzar y fortalecer el consejo y convencer a la madre de evitar el corticoide:

(28)

DF: [...] y la cara ¿qué es lo que dices? ¿sigue con sigue con ella? / es que, a ver... ¿con el corticoide le pasa?

M: sí

DF: claro / pero es que no podemos abusar del corticoide / **ya te lo dije** / el corticoide

M: se lo he echado 10 días

[...]

M: si se pone corticoide y le da mucho el sol puede mancharle

DF: lo de manchar es lo de menos / lo que le puede es atrofiar la piel / además las manchas se pueden quitar / la atrofia de la piel queda pa' siempre // puede salir estrías y cosas de esas / ¿eh? / él tiene una piel muy seca / entonces al tener una piel muy seca /¿eh? / hace eso / pero eso tratado seguido con el corticoide **no es bueno.**

[...]

DF: pero no llega a ser eczema, entonces con los corticoides no / si le pones corticoides seguido va a tener la piel perfecta / pero al cabo de un tiempo **vamos a tener un problema que no se va a solucionar**

[...]

DF: [...] el corticoide despacio /¿eh? / porque si no **podemos tener problemas**

De todos modos, antes que el imperativo se prefieren estrategias atenuadoras, como el uso de la segunda persona del singular en presente de indicativo (*pones, coges*):

(29)

DF: [...] si ves que se ponen líquidas / entonces para la merienda le **pones** plátano, manzana y pera, que lo ablanda / la naranja la quitamos que parece que provoca que las cacas sean §

M: § no / estos días no le estoy dando naranja

DF: vale / y si las cacas también son muy blandas / pues entonces en vez de unos cereales normales / les **coges** unos de arroz [...]

Otras veces, las estructuras imperativas (que + subjuntivo) están acampañadas por apéndices modalizadores *¿eh?*, *¿vale?* para buscar la colaboración de la madre y la comprobación de la respuesta (García Vizcaíno: 2006). El refuerzo expresivo beneficia la imagen de ambos interlocutores, puesto que «puede contribuir al fomento de la imagen de afiliación de los interlocutores, puesto que intensifica comportamientos deseados» (Barros García: 2018, p. 111). Otro recurso para mitigar el tono imperativo es utilizar la primera persona del plural (30), o dejar el acto amenazador suspendido y acompañarlo con la risa (31); de esta manera, se afianza también la buena sintonía entre ambas interlocutoras:

(30)

DF: Ibuprofeno de 2000. Entonces **vamos** a tomar 5 cuando lo necesite ¿vale?

(31)

DF: que no se te pase / ¿eh?

M: no no / mañana mañana

DF: porque si nooo → [risas]

Asimismo, el tono de complicidad y familiaridad se nota en 32: la pediatra repite con una entonación enfática «os mato os mato» para intensificar de manera irónica el reproche, ya que los padres se estaban olvidando los papeles necesarios que había que presentar en el colegio de los niños (*no estáis cogiendo todos los papeles*):

(32)

DF: clarooo si vomitaste es como si no hubieras comido // ay ay ay que no estáis cogiendo todos los papeles // OS MATO OS MATO

En los actos directivos se recurre a expresiones verbales de menor intensidad obligativa; por ejemplo, se emplea la perífrasis impersonal *hay que*, para proteger tanto la imagen de la doctora como del interlocutor adulto. La médica no presenta imposición alguna y el progenitor tiene la libertad de elegir. Las recomendaciones aparecen en estructuras deónticas atenuadas con verbos predicativos que indican recomendación, consejo (*es aconsejable que, es conveniente que*) e impersonales (*conviene que*):

(33)

DF: [...] si el dolor de cabeza empieza en el domicilio / **es aconsejable que** se acueste a lo oscuro y tal [...] / **es conveniente que** tenga un horario regular de sueño [...] / **conviene que** siga un horario de comidas [...]

En 34, la madre solicita una pomada y la DF acepta la petición de la madre; de esta manera, se refuerza la afiliación por la atención que la madre recibe del médico:

(34)

M: yo quiero que usted me dé una pomada

DF: sí / yo te doy una pomada para el culo del niño

Durante la prescripción, se ha observado que la madre formula preguntas para pedir aclaraciones. La pediatra contesta resaltando, por una parte, su imagen de autonomía, poniendo de manifiesto sus conocimientos y, por otro lado, ensalzando la imagen de afiliación entre los interactuantes, utilizando, por ejemplo, el marcador *hombre*, que imprime un tono amistoso a la conversación (Martín Zorraquino y Portolés: 1999):

(35)

M: ¿y lo del termómetro que tengo que ponérselo antes, a qué te refieres?

DF: **hombre** / por si cogiera fiebre / porque si le vamos a dar esto seguido / pues en principio nos parece al 100 por 100 de que es una cosa muscular

Asimismo, el hecho de responsabilizar a la madre en cuanto a la elección del tratamiento, fortalece su autoimagen (*tú decides*); aunque no se trata de una medicación obligatoria (*no es obligatorio poner*), la médica expresa su importancia y recurre al nosotros exclusivo, y la madre subraya que solo se trata de un consejo (*hombre es un consejo*):

(36)

DF: mira / esas son de pago que no entran por la seguridad social / entonces tus hijos son prematuros y pillar una diarrea no les conviene / **tú decides** lo que vas a hacer / yo te lo apunto y si se las quieres poner / entonces en laaa cuando tienes que venir a los dos meses / que es la siguiente revisión que tienes porque ahora tienen el mes / pues las traes traerías una para cada una // son tres dosis / se les pone esa es por boca // una a los dos meses, otra a los cuatro y otra a los seis // nosotros se lo estamos recomendando a la gente pero sobre todo cuando los niños son prematuros o tienen algún problema porque no nos conviene que nos vayan para atrás **pero no es obligatorio de poner**

M: **hombre / es un consejo**

En algunos casos, los progenitores demuestran un disentimiento parcial en cuanto a lo que prescribe la médica (véanse las exclamaciones *cuánto médico, madre mía*). En 37 la madre se queja ante la petición de llevar a la hija a un dermatólogo, porque lleva mucho tiempo yendo a diferentes especialistas, pero al final acaba aceptando la recomendación con el marcador de asentimiento (*vale*). Ante el parcial rechazo, la médica parece aceptar la posición de la madre con el evidencial *claro* (*claro son muchas cosas*), pero remarca la necesidad de ir al dermatólogo a través de la conjunción adversativa *pero* y dejando suspendido el enunciado; luego, destaca la obligación (*cuando hay que ir hay que ir; hay que ir y punto*), imponiendo su punto de vista y limitando la libertad de acción del interlocutor:

(37)

M: **¡cuánto médico hija!**

DF: sí / a veces **no queda más remedio** // entre el otorrino, el otro, el otro...

M: el de la alergia que tiene que ir el día 5 de junio

DF: **claro son muchas cosas, pero**

M: ahora el dermatólogo / **madre míaaa**

DF: **cuando hay que ir / hay que ir / y cuando no no se va / pero si hay que ir y punto** porque ese acné que tienes el que mejor lo va a ver es el dermatólogo... y a ver qué decide / si aparte de limpiarte todo eso que es lo básico, te mete... a veces meten durante seis meses un tratamiento antibiótico [...] pero eso tiene que decidirlo él ¿vale?

M: **vale**

En cuanto a la relación con los niños, tanto la DF como la DR son muy atentas y amables. Las médicas emplean a menudo el imperativo (*súbete*) y expresiones directas y sin atenuar (*como Dios manda*), pero al mismo tiempo recurren a minimizadores (*no pasa nada, no te voy a hacer ningún daño*), risas, comparaciones (*la boca como leones*), diminutivos afectivos (*orejitas*), para que el niño colabore:

(38)

DF: súbete a la báscula que vamos a calcular la dosis que te toca pa' que te lo tomes como Dios manda

(39)

DF: vamos a poner el termómetro / tranquilo hombre / tranquilo [...] ay te mato que me quitaste el termómetro // déjam... pues el día que vengas a la vacuna que te tocan tres // ya verás eh ya verás tú lo que es bueno

(40)

DF: mira, XXX / no pasa nada, no te voy a hacer ningún daño [...] ahora me vas a enseñar la boca como los leones // ¿cómo abren los leones la boca? / venga...

(41)

DF: venga a ver las orejitas

Además, las doctoras hacen preguntas innecesarias para los fines de la interacción médica de por sí; sin embargo, funcionan como estrategia afiliativa entre los hablantes. Esta desviación del tema sanitario hacia la experiencia personal y cotidiana (vacaciones, fin de semana) tendrá un efecto positivo en el niño, que irá a la consulta con gusto y sin miedo y se reforzará la confianza con el médico:

(42)

Pa: [...] fui a la casa de la abuela

DR: no me digas

Pa: sí / fui a la casa de la abuela

DR: ah

P: el sábado y el domingo durmieron en la casa de la abuela / sí

Pa: una fiesta

DR: ¿una fiesta de qué? // ¿de cumple?

Pa: de cumple

DR: ¿de quién?

Pa: el cumple de XXX

DR: ¿de quién?

Pa: el cumple de XXX

DR: ¿sí? / ¿y quién es XXX? / ¿es tu primo?

Pa: sí

[...]

También para reforzar lazos afiliativos la médica gratifica a los niños con unos presentes y, a su vez, los niños hacen regalos a la facultativa, lo que demuestra que a los pequeños enfermos les gusta ir a la consulta (45):

(43)

DR: os voy a dar una cosa // toma / para casa uno ¿eh? unas medallas /toma

M: se lo enseñas al cole ¿eh? // pa' que sepan→

DF: las pegáis en las libretas / que sois los únicos que las tenéis

(44)

Pa: mira qué muñeco.

DF: ¿qué muñeco? // me lo regaló la mamá de un niño

M: tienes que hacerle tú una pulsera de las tuyas, de esas que haces

DF: ah...de esas de goma de goma que haces, bueno / pues a ver si me regalas una / todo el mundo tiene pulsera menos yo

Pa: ¿te vale de negro?

DF: me vale del color que tú me la hagas

(45)

M: [...] a ellos les encanta venir aquí

DF: hombre / claro / que les gusta

5. CONCLUSIONES

Los resultados demuestran que la interacción se desarrolla, como es de esperar, entre el profesional y los progenitores (Tates *et al.*: 2002; Nova, Vegni y Aldo Moja: 2005), que asumen la responsabilidad y la autoridad de ser el «portavoz» (Madfes: 2006, p. 175; Cordella: 2011, p. 473) del hijo menor. La consulta se despliega en un clima no conflictivo, con tonos distendidos y tranquilizadores. La médica escucha, aconseja y prescribe; y los progenitores aceptan casi siempre el consejo médico sin oponerse o piden aclaraciones y explicaciones a la pediatra, que contestará con un tono profesional y al mismo tiempo familiar para crear una relación afiliativa con el interlocutor. Se emplean a menudo estrategias de atenuación no tanto para mitigar actos amenazadores, puesto que se trata de una interacción que se desarrolla sin conflictos y sin aparentes riesgos para la imagen, sino más bien para velar por otras necesidades de imagen social (Briz y Albelda Marco: 2013; Albelda Marco: 2016), en nuestro caso, realzar las imágenes de los interactuantes adultos y del paciente-niño (Albelda Marco y Barros García: 2013) y valorizar la interacción social (Hernández Flores: 2004). Por otra parte, el consejo aparece a veces sin atenuar de manera directa y haciendo uso de la intensificación.

Las estrategias de imagen muestran que las categorías de autonomía y afiliación (Bravo: 1999) se ponen de manifiesto para crear un clima de confianza interpersonal. Además, el hecho de hacer regalos a los niños, recurrir a la risa en los

momentos de más tensión o preocupación o preguntar por temas no estrechamente relacionados con la salud de los enfermos beneficia la afiliación y la empatía entre todos los interactuantes. Los progenitores salen de la consulta más despreocupados, los pacientes no tienen miedo y la pediatra resulta ser una persona preparada profesionalmente, y al mismo tiempo, atenta y comprensiva, que son los valores culturales que las personas buscan en un médico (Hernández Flores: 2020).

Para futuras investigaciones, nos proponemos ampliar el corpus, incluyendo, por ejemplo, pediatras más jóvenes y menos expertos y facultativos hombres, para ver si el factor edad y sexo puede influir en la relación entre interactuantes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADEGBITE, Wale y Akin ODEBUNMI. «Discourse Tact in Doctor-Patient Interaction in English: An Analysis of Diagnosis in Medical Communication in Nigeria». *Nordic Journal of African Studies*, 2006, 15(4), pp. 499-519.
- AINSWORTH-VAUGHN, Nancy. *Claiming power in Doctor-Patient Talk*. New York, Oxford: Oxford University Press, 1998.
- ALBELDA MARCO, Marta. «El refuerzo de la imagen social en la conversación coloquial en español». En *Cortesía lingüística y comunicativa en español. Categoría conceptuales y aplicación a corpus orales y escritos*. Ed. Diana Bravo. Buenos Aires: Dunken, 2005, pp. 93-118.
- ALBELDA MARCO, Marta. «Sobre la incidencia de la imagen en la atenuación pragmática». *Revista Internacional de Lingüística Iberoamericana*, 2016, 27(1), pp. 19-33.
- ALBELDA MARCO, Marta y María Jesús BARROS GARCÍA. *La cortesía en la comunicación*. Madrid: Arco/Libros, 2013.
- ARONSSON, Karin y Ullabeth SÄTTERLUND-LARSSON. «Politeness strategies and doctor-patient communication. On the social choreography of collaborative thinking». *Journal of Language and Social Psychology*, 1987, 6(1), pp. 1-27. <https://doi.org/10.1177/0261927X8700600101>
- ARORA, Veenet *et al.* «Communication failures in patient sign-out and suggestions for improvement: a critical incident analysis». *Quality and Safety in Health Care*, 2005, 14(6), pp. 40-407. <https://doi.org/10.1136/qshc.2005.015107>
- BARROS GARCÍA, María Jesús. *Cortesía valorizadora. Uso en la conversación informal española*. Berlin, Peter Lang, 2018.
- BERNAL LINNERSAND, María. *Categorización sociopragmática de la cortesía y de la descortesía: un estudio de la conversación coloquial española*. Tesis doctoral. Stockholm University, 2007.
- BRAVO, Diana. «Imagen 'positiva' vs. imagen 'negativa'? Pragmática sociocultural y componentes de face». *Oralia*, 1999, 2, pp. 122-184.
- BRAVO, Diana. «Actos asertivos y cortesía: imagen de rol en el discurso de académicos argentinos». En *Actos de habla y cortesía en el español*. Ed. Diana Bravo y María Elena Placencia. Munich: Lincom Europa, 2002, pp. 141-174.
- BRAVO, Diana. «Categorías, tipologías y aplicaciones: hacia una redefinición de la cortesía comunicativa». En *Estudios de la (des)cortesía en español. Categorías conceptuales y*

- aplicaciones a corpora orales y escritos*. Ed. Diana Bravo. Buenos Aires: Dunken, 2005, pp. 21-52.
- BRIZ, Antonio y Marta ALBELDA MARCO. «Una propuesta teórica y metodológica para el análisis de la atenuación lingüística en español y portugués. La base de un proyecto común». *Onomázein*, 2013, 28, pp. 288-319. <http://dx.doi.org/10.7764/onomazein.28.21>
- CANDLIN, Sally. «Constructing knowledge, understanding and meaning between patients and nurses». En *Advances in Medical Discourse Analysis: oral and written Contexts*. Ed. Maurizio Gotti y Françoise Salager-Meyer. Bern, Wien: Peter Lang, 2006, pp. 65-86.
- CEPEDA, Gladys. «Cortesía, imagen social y aceptación del mensaje terapéutico. Modalización en el discurso de entrevista clínica». En *Estudios de la (des)cortesía en español*. Ed. Diana Bravo. Estocolmo, Buenos Aires: Dunken, 2005, pp. 163-187.
- CEPEDA, Gladys. «La voz empática médica y las estrategias de cortesía verbal». *Estudios filológicos*, 2006, 41, pp. 55-69. <http://dx.doi.org/10.4067/S0071-17132006000100005>
- CEPEDA, Gladys. «La justificación como efecto de cortesía en la entrevista clínica». En *Aportes pragmáticos, sociopragmáticos y socioculturales a los estudios de la cortesía en español*. Ed. Diana Bravo, Nieves Hernández Flores y Ariel Cordisco. Estocolmo, Buenos Aires: Dunken, 2009, pp. 199-230.
- COLLINS, Sarah. «Explanations in consultations: the combined effectiveness of doctors' and nurses' communication with patients». *Medical Education*, 2005, 39, pp. 785-796. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2005.02222.x>
- CORDELLA, Marisa. «La interacción médico-paciente en escrutinio: un estudio de sociolingüística interaccional». *Onomázein*, 2002, 1(7), pp. 117-144.
- CORDELLA, Marisa. «En el corazón del debate. El análisis del discurso en la representación de las voces médicas». *Oralia*, 2003, 6(1), pp. 147-168.
- CORDELLA, Marisa. *The dynamic consultation: a discourse analytical study of doctor-patient communication*. Amsterdam-Philadelphia: John Benjamins, 2004.
- CORDELLA, Marisa. «Enfrentándose al cancer en compañía: el rol del familiar en la consulta oncológica». *Discurso & Sociedad*, 2011a, 5(3), pp. 469-491.
- CORDELLA, Marisa. «A triangle that may work well: Looking through the angles of a three-way exchange in cancer medical encounters». *Discourse & Communication*, 2011b, 5(4), pp. 337-353. <https://doi.org/10.1177/1750481311418100>
- DE WINTER, Micha, C. BEARVELDT y Jan KOOISTRA (1999). «Enabling children: participation as a new perspective on child-health promotion». *Child: Care, Health and Development*, 1999, 25, pp. 15-25. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2214.1999.00073.x>
- FIORAMONTE, Amy y Camilla VÁSQUEZ. «Multi-party talk in the medical encounter: Socio-pragmatic functions of family members' contributions in the treatment advice phase». *Journal of Pragmatics*, 2019, 139, pp. 139-145. <https://doi.org/10.1016/j.pragma.2018.11.001>
- GALLARDO, Susana. «Pragmatic support of medical recommendations in popularized texts». *Journal of Pragmatics*, 2005, 37, pp. 813-835. <https://doi.org/10.1016/j.pragma.2004.10.013>
- GARCÍA VIZCAÍNO, María José. «La utilización de corpus orales en estudios contrastivos sobre cortesía verbal». En *Actos de habla y cortesía en distintas variedades del español*.

- Perspectivas teóricas y metodológicas*. Ed. J. Murillo Medrano. Universidad de Costa Rica, 2006, pp. 247-274.
- GELABERT, Antoni. *Comunicación médico-paciente*. Barcelona: Marge Boos, 2012.
- HALKOWSKI, Timothy. «Medical discourse». En *The Bloomsbury Companion to Discourse Analysis*. Ed. Ken Hyland y Brian Paltridge. London: Bloomsbury London, 2011, pp. 321-331.
- HERITAGE, John y Douglas MAYNARD. *Communication in medical care: Interaction between primary care physicians and patients*. Cambridge: Cambridge University Press, 2006.
- HERNÁNDEZ FLORES, Nieves. «Politeness as face enhancement. An analysis of Spanish conversations between friends and family». En *Current Trends in the Pragmatics of Spanish*. Ed. Rosina Márquez Reiter y María Elena Placencia. Amsterdam: John Benjamins, 2004, pp. 265-284.
- HERNÁNDEZ FLORES, Nieves. «Actividades de autoimagen, cortesía y descortesía: tipos de actividades de imagen en un debate televisivo». En *Discurso y sociedad: contribuciones al estudio de la lengua en contexto social*. Ed. José Luis Blas Arroyo. Castellón: Universitat Jaume I, 2006, pp. 637-648.
- HERNÁNDEZ FLORES, Nieves. «Actividad de imagen: caracterización y tipología en la interacción comunicativa». *Pragmática Sociocultural*, 2013, 1(2), pp. 175-198. <https://doi.org/10.1515/soprag-2012-0012>
- HERNÁNDEZ FLORES, Nieves. «Modalidad y direccionalidad del efecto social en la interacción hablada: Una discusión e ilustración de actividades de imagen en la interacción médico-paciente». En *Roles Situacionales, Interculturalidad Y Multiculturalidad En Encuentros En Español*. Ed. Domnita Dumitrescu y Diana Bravo. Buenos Aires: Dunken, 2016, pp. 193-211.
- HERNÁNDEZ FLORES, Nieves. «El papel del acompañante en la consulta médica de atención primaria. Roles y efectos sociales». *Oralia*, 2017, 20, pp. 179-201.
- HERNÁNDEZ FLORES, Nieves. «‘Amabilidad’, ‘atención’, ‘profesionalidad’. Valores sociales atribuidos por el paciente a su médico de cabecera y características de imagen social». *Discurso & Sociedad*, 2020, 14(2), pp. 309-334.
- HERNÁNDEZ FLORES, Nieves y Vanesa RODRÍGUEZ TEMBRÁS. «‘Lo que se debe hacer es cambiar un poco el estilo de vida’: estrategias de atenuación del consejo en un consultorio médico». *Spanish in Context*, 2018, 15(2), pp. 325-345. <https://doi.org/10.1075/sic.00017.her>
- HERNÁNDEZ LÓPEZ, María de la O. *La gestión de las relaciones interpersonales en la interacción médico-paciente: estudio contrastivo inglés británico-español peninsular*. Tesis doctoral. Sevilla: Universidad de Sevilla, 2009.
- HERNÁNDEZ LÓPEZ, María de la O. «Principios sociopragmáticos de la interacción y dinamismo de las relaciones de poder entre médico y paciente». En *Descortesía en español. Espacios teóricos y metodológicos para su estudio*. Ed. Franca Orletti y Laura Mariotini. Roma/Estocolmo: Università Roma Tre/Programa Edice, 2010, pp. 655-675.
- LLORENTE MALDONADO DE GUEVARA, Antonio. «La expresión de la impersonalidad en español». *AIH Actas IV* [en línea], 1971 <https://cvc.cervantes.es/literatura/aih/pdf/04/aih_04_2_019.pdf>

- LÓPEZ GARCÍA-RAMOS, Lourdes *et al.* «Influencia del acompañante en la negociación y la duración de la consulta en atención primaria». *Atención primaria*, 2009, 41(3), pp. 147-151. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2008.08.001>
- MADFES, Irene. «La confrontación de imágenes en una interacción asimétrica: ¿Médico y paciente: Afiliación o conflicto?» En *La perspectiva no etnocentrista de la cortesía: identidad sociocultural de las comunidades hispanohablantes*. Ed. Diana Bravo. Estocolmo: Universidades de Estocolmo, 2003, pp 172-185.
- MADFES, Irene. «Polifonía en la entrevista médica. El acompañante o el *pariente pobre* de la interacción médico-paciente». *Oralia*, 2006, 9, pp. 167-184.
- MARTÍN ZORRAQUINO, María Antonia y José PORTOLÉS. «Los marcadores del discurso». En *Gramática descriptiva de la lengua española*. Ed. I. Bosque y V. Demonte. Madrid: Espasa Calpe, 1999, Tomo 3, pp. 4051-4213.
- MAYNARD, Douglas y John HERITAGE. «Conversation analysis, doctor-patient interaction and medical communication». *Medical Education*, 2005, 39, pp. 429-435. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2005.02111.x>
- MELI, Elena. «Introduzione». En *Aiutami a capirlo. L'incontro tra il medico, il genitore e il bambino*. Ed. Stefano Zecchi y Paolo Nucci. Roma: Lastaria, 2017 [en línea].
- NOVA, Cristina, Elena VEGNI y Egidio ALDO MOJA. «The physician-patient-parent communication: a qualitative perspective on the child's contribution». *Patient Education and Counseling*, 2005, 58, pp. 327-333. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.02.007>
- ODEBUNMI, Akin. «Pragmatic Strategies of Diagnostic News Delivery in Nigerian Hospitals». *Linguistik online*, 2008, 36, pp. 21-37.
- OLIVEIRA SANDI, Michel de y Nieves HERNÁNDEZ FLORES (2014). *Corpus de interacción médico-paciente en Galicia* (no publicado).
- ORLETTI, Franca. *La conversazione diseguale. Potere e interazione*. Roma: Carocci, 2000.
- PENDLETON, David y John HASLER. *Doctor-Patient Communication*. Ed. London: Academic Press, 1983.
- ROBINS, Lynne S. y Fredric M. WOLF. «Confrontation and politeness strategies in physician-patient interactions». *Soc. Ci. Med*, 1988, 27(3), pp. 217-221. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(88\)90124-4](https://doi.org/10.1016/0277-9536(88)90124-4)
- RODRÍGUEZ TEMBRÁS, Vanesa. «Alternancia de lenguas como estrategia de actividad de imagen en la comunicación médico-paciente en un consultorio gallego». *Textos en proceso*, 2016, 2(1), pp. 94-121. <https://doi.org/10.17710/tep.2016.2.1.5tembras>
- TATES, Kiek, Ludwien MEEUWESSEN, Ed ELBERS y Jozien M. BENSING. «I've come for his throat: roles and identities in doctor-parent-child communication». *Child: Care, Health & Development*, 2002, 28(1), pp. 109-333. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2214.2002.00248.x>
- TATES, Kiek y Ludwien MEEUWESSEN. «Let mum have her say: turn taking in doctor-parent-child communication». *Patient Education and Counseling*, 2000, 52, pp. 151-162. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(99\)00075-0](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(99)00075-0)
- TATES, Kiek y Ludwien MEEUWESSEN. «Doctor-parent-child communication: a (re) view of the literature». *Social Science and Medicine*, 2001, 52, pp. 839-851. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00193-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00193-3)
- TATES, Kiek *et al.* «Doctor-patient-child Relationships: a 'pas de trois'». *Patient Education and Counseling*, 2002, 48, pp. 5-14. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(02\)00093-9](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(02)00093-9)

- TUCCI, Maurizio. *Scenari di comunicazione in pediatria*. Ferrara: Editeam, 2003.
- TURABIÁN, José Luis y Benjamón P. FRANCO. «El acompañante en la entrevista clínica de atención primaria». *SEMERGEN – Medicina de Familia*, 2015, 41(4), pp. 206-213. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2014.05.012>
- TURABIÁN, José Luis *et al.* «Types of Companion of the Patient in Family Medicine». *Health Edu Res Dev*, 2016, 4(3), 186. <https://doi.org/10.4172/2380-5439.1000186>
- VALERO, Carmen. «La conversación de contacto en contextos institucionales: la consulta médica». *Oralia*, 2008, 11, pp. 107-131.
- VENTURELLI, Leo. «La comunicazione medico-paziente in pediatria». [en línea], s.f., <www.sipps.it/pdf/golfar2006/Venturelli.pdf>