



## Análisis del discurso médico: la argumentación en la consulta pública

La tesis a sostener en el presente texto es que el diálogo establecido en el consultorio médico obedece más a estrategias retóricas y pragmáticas de argumentación, que a la descripción, explicación y comprobación de los procesos de enfermedad, partiendo del supuesto de que para que el paciente pueda entender mejor las indicaciones médicas es necesario que tenga un mínimo de cultura médica. Si bien el lenguaje utilizado para la designación de objetos no depende de otro auxiliar, en el lenguaje empleado para las describir las sensaciones se utilizan

criterios privados, lo cual puede llevar a confusiones. Por tal motivo, se deben aprender los criterios públicos de definición para corregir las expresiones de manera que el paciente pueda comunicar su sintomatología sin problema alguno para su registro. Un paciente que no conozca la práctica verbal del registro particular de los médicos –resultado del consenso aceptado por los años de la disciplina– correspondiente a sus sensación difícilmente podría coadyuvar en el reconocimiento y atención de la enfermedad.



Análisis del discurso médico:  
la argumentación en la consulta pública

Colección Graduados  
*Serie Sociales y Humanidades*

Núm. 14

Aldo Carbajal Rodríguez

Análisis del discurso médico:  
la argumentación en la consulta pública

Universidad de Guadalajara  
2012

302.2

CAR

Carbajal Rodríguez, Aldo

Análisis del discurso médico: La argumentación  
en la consulta pública / Aldo Carbajal Rodríguez.

1ª ed.

Guadalajara, Jal.: Universidad de Guadalajara,  
Centro Universitario de Ciencias Sociales y Humanidades,  
Coordinación Editorial, 2012.

Colección: Graduados 2010

Serie: Sociales y Humanidades ; Núm. 14

ISBN 9786074503777 (obra completa)

1.- Comunicación en Medicina.

2.- Semiología (Medicina).

3.- Análisis del discurso.

4.- Semiótica – Aspectos sociales.

I.- Universidad de Guadalajara, Centro Universitario  
de Ciencias Sociales y Humanidades.

Primera edición, 2012

D.R. © Universidad de Guadalajara

Centro Universitario

de Ciencias Sociales y Humanidades

Coordinación Editorial

Juan Manuel 130

Zona Centro

Guadalajara, Jalisco, México

ISBN Obra completa 978-607-450-377-7

ISBN E-book 978-607-450-538-2

Hecho en México

*Made in Mexico*



Esta edición fue financiada con  
recursos del Programa Integral  
de Fortalecimiento Institucional  
(PIFI) 2009 a cargo de la Secre-  
taría de Educación Pública.

# Índice

Agradecimientos	9
Introducción	11
[I] Cuestiones teóricas	13
Planteamiento del problema	13
Justificación	14
[I] Antecedentes	19
Historia de las ideas	19
[III] Soporte teórico y autores de conceptos	25
La argumentación como fenómeno del lenguaje cotidiano	25
La argumentación como instancia de comunicación	26
Análisis de la comunicación de acuerdo a la pragmadialéctica	26
La retórica	28
[IV] Análisis de argumentos del discurso médico	53
Descripción del <i>corpus</i>	53
Proceso de selección del material	53
Herramientas teóricas para el análisis del corpus	54
Análisis del <i>corpus</i>	54
Conclusiones	81
Anexo	
Trascripciones de grabaciones	85
Bibliografía	92





## AGRADECIMIENTOS

Desde que entré a la maestría en Lingüística aplicada pensé en lo difícil que sería cumplir con el requisito de aplicar los conocimientos adquiridos a un tema concreto, que además tuviera socialmente un impacto significativo. Por fortuna encontré en el discurso médico una forma de apoyar algo desde esta disciplina que ayude a mitigar un poco el desgaste que resulta del acercamiento al consultorio con sus peculiares formas de entablar diálogo.

Este trabajo de investigación es el resultado de meses de acercamiento al mundo médico para conocer tanto su cultura institucional con sus marcadas jerarquías, como su tipo de registro particular, el cual podemos encontrar en la mayoría de las emisiones de sus miembros. Para este trabajo recibí el apoyo y ayuda de grandes amigos que se interesaron en las posibilidades de un análisis de este tipo, particularmente encontré como vía de acceso al mundo de los médicos a dos excelentes personas: los médicos Benito Sánchez y Jazmín Díaz. Sin su ayuda hubiera sido imposible tomar el *corpus* para hacer el análisis y comprender un poco la problemática tan compleja de la vida institucional de los médicos.

Mis ideas e hipótesis fueron enriquecidas a partir del diálogo que pude establecer con académicos de la universidad, entre ellos el doctor Leal Carretero, quien me aconsejó buenas lecturas que constituyeron una aportación fundamental para guiar la investigación; además de que pude enriquecer la perspectiva de partida. A mis lectores les debo el favor que me hicieron de soportar la lectura de mi trabajo, además de que recibí buenos comentarios que me sirvieron para mejorarlo. Agradezco por su esfuerzo al maestro Daniel Barragán, a las doctoras Rosa Yáñez y Salomé Gómez y al doctor Gerrard Mugford por ello.

Agradezco finalmente a mis amigos y familia, por el apoyo y tolerancia recibida durante todo este tiempo de estudio y dedicación. De todos he recibido ayuda y cada quien a su manera ha aportado algo para que finalmente pudiera escribir este trabajo de investigación.



## INTRODUCCIÓN

La tesis a sostener en el presente texto es que el diálogo establecido en el consultorio médico obedece más a estrategias retóricas y pragmáticas de argumentación, que a la descripción, explicación y comprobación de los procesos de enfermedad, partiendo del supuesto de que para que el paciente pueda entender mejor las indicaciones médicas es necesario que tenga un mínimo de cultura médica. Si bien el lenguaje utilizado para la designación de objetos no depende de otro auxiliar, en el lenguaje empleado para las describir las sensaciones se utilizan criterios privados, lo cual puede llevar a confusiones. Por tal motivo, se deben aprender los criterios públicos de definición para corregir las expresiones de manera que el paciente pueda comunicar su sintomatología sin problema alguno para su registro. Un paciente que no conozca la práctica verbal del registro particular de los médicos –resultado del consenso aceptado por los años de la disciplina– correspondiente a sus sensación difícilmente podría coadyuvar en el reconocimiento y atención de la enfermedad.

El problema en términos generales radicaría en: cómo y mediante qué estrategias discursivas el médico construye su discurso para lograr convencer al paciente del proceso de su enfermedad, así como también por el lado del discurso del paciente, cómo argumenta respecto de su estado y evolución de la enfermedad.

La finalidad es describir principalmente las formas de argumentación en la consulta, para que pueda servir como base en un estudio futuro de algunas estrategias de comunicación para la consulta pública. Con esta finalidad en la primer parte del presente trabajo expongo los distintos tipos de acercamiento al problema de la argumentación, sus métodos y propuestas más representativas como son la retórica y la lógica; después planteo el acercamiento a la argumentación desde la pragmática, exponiendo su metodología y alcances. La parte dedicada al análisis del *corpus* se divide de la misma manera: primeramente describo el *corpus* en términos estructurales, después utilizo el marco teórico de la retórica y la lógica para analizarlo y finalmente aplicó el marco teórico de la pragmática con la misma finalidad.



### *Planteamiento del problema*

La lingüística se ocupa de la lengua como instrumento para comunicar tratando de abstraer la gramática que «subyace» a las manifestaciones que encontramos en la realidad sea como texto o discurso. La *lingüística textual* se ha ocupado del sistema de la lengua enfocándose en el texto como unidad de análisis, en cambio el *análisis del discurso* se ha ocupado de los usos de la lengua y de la función que tienen los discursos como instrumentos de comunicación en sociedad. A pesar de que ambos enfoques se han desarrollado de forma independiente, las teorías coinciden en su intento por abstraer las técnicas y procesos de construcción de un discurso. Para lograr su empresa la *lingüística textual* se ha apoyado en la morfología, la semántica, el estructuralismo y la lingüística funcional; en cambio el *análisis del discurso* se ha apoyado, además de en las anteriores, en otras disciplinas como la retórica, la narrativa y la pragmática, dándonos pistas sobre cómo los recursos de la lengua se utilizan para mantener el interés y la atención de la audiencia, a pesar de que muchas veces el discurso sólo conduzca a la persuasión o el contacto.

Uno de los fenómenos lingüísticos que se encuentran implicados en la construcción del discurso es el relacionado con la argumentación, la cual ha sido entendida como una práctica discursiva que responde a la función comunicativa de lograr la adhesión del receptor. Según la teoría de Jakobson (1988) la función que se está cumpliendo es la *apelativa* o *conativa*, pero Adam (1986, 1992) y Bateson (1966) señalan que es una función con autonomía propia que está orientada a «hacer creer» o «hacer hacer» al interlocutor.

La búsqueda de adhesión o de persuasión es la función que prima en la comunicación de la consulta pública, el médico la utiliza para convencer e informar al paciente tanto del diagnóstico como de la forma de atender su enfermedad. Existe una asimetría en todos los niveles y sentidos entre médico y paciente (de

estructuras cognitivas, de manejo de información, hábitos, etc.), esta asimetría muchas veces impide la comunicación efectiva y da paso a una praxis médico-institucional. Dada la exigencia institucional de informar al paciente del proceso de su enfermedad, el médico decide utilizar formas de convencimiento retórico en vez de utilizar una descripción y explicación fiel de los procesos de la misma, de sus alternativas de solución y efectos colaterales. Aun cuando el médico se decidiera a exponer la información al paciente en los términos anteriores, para que pudiera hacerlo, necesitaría implicarse en un proceso de educación y responsabilidad dialógica, a lo cual no estarían dispuestos la mayoría de los médicos, ya que esto implicaría:

1. Que ambas partes se comprometan en el proceso de educación.
2. Brindar una atención personalizada por parte del médico.
3. Disponer de tiempo suficiente para atender todas las emergencias (dudas, conocimiento experiencial del paciente, etc.).
4. Contar con el respaldo de la institución para que no se ejerza presión alguna en tiempos y protocolos engorrosos que dificultan o alargan la atención de la enfermedad.

Quizá lo más difícil de modificar sería lo que se expone en este último punto (el nivel institucional), lo cual no constituye un objeto de estudio que corresponda propiamente al análisis del discurso –sino a la sociología– y por lo mismo, al no pertenecer al objetivo de la presente investigación se mantiene al margen de las implicaciones sociológicas y políticas.

### *Justificación*

#### *Argumentos*

1. Los médicos de la consulta pública no se toman el tiempo necesario para demostrar al paciente cuáles son las evidencias en las que se basan para dar un diagnóstico; por lo general, en este contexto particular se utilizan formas de argumentación e información asertivas comprendidas en los *tropos*, además de que se encuentran formas de razonamiento persuasivo que logran una buena adherencia a lo expuesto.
2. En la consulta pública se utilizan recursos retóricos para lograr el convencimiento del paciente, adhiriéndose más con ello a la lógica del lenguaje natural y dejando de lado la posible argumentación entendida en términos lógico-formales.
3. Existen supuestos que intervienen en la comunicación de la consulta: por el lado de los médicos encontramos que parten de la creencia un tanto justificada de que el paciente sabe poco o nada respecto del proceso de enfermedad y por

ello deducen que pueden proceder sin la necesidad de confirmarles diagnóstico alguno, o cuando tratan de hacerlo lo hacen parcialmente y recurriendo al lenguaje común, apoyándose en *tropos*, *tópicos* y demás formas o técnicas disponibles en la argumentación del lenguaje ordinario.

4. Por el lado del paciente también se encuentra la creencia de que el médico sabe más que él mismo respecto de su enfermedad; de hecho, el paciente que acude a un consultorio público es consciente de que el conocimiento que tiene de su enfermedad es parcial y empírico, por lo cual pone su confianza en una institución como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que avala el discurso y la práctica médica como conocimiento científico.
5. Las creencias expuestas en los incisos 3 y 4 dan puerta de entrada a la manipulación de información y de procesos en ambos lados: el paciente puede manejar la información –mentir, omitir, etc.– de forma tal que el médico sea el que decida en el diagnóstico y tratamiento (por ejemplo omitir que han acudido con anterioridad a médicos particulares o curas «alternativas» para otorgarle la autoridad al público, etc.); por otra parte, el médico puede decidir conscientemente sobre la salud y enfermedad del paciente, incluso sin informar al paciente sobre todos los riesgos implicados en el tratamiento.
6. Uno de los problemas fundamentales en la consulta pública es que generalmente el paciente no decide con respecto del manejo de su enfermedad (una prueba de ello esta materializada en la ley que obliga al médico a preservar la vida, aun a costa del paciente mismo). Para que el paciente pueda tomar una decisión necesita manejar toda la información posible respecto de su enfermedad para fin de que pueda ser evaluada y tomar una postura, sin embargo, no tiene acceso a toda la información además de que algunas veces las leyes no permiten tomar decisiones (eutanasia, aborto, etc.); de esto resulta que el paciente no puede tomar más decisiones que las indicadas por el médico.

### *Importancia y originalidad*

La aplicación de los métodos de análisis del discurso en el área médica se ha centrado principalmente en fenómenos de la comunicación. El análisis hecho por la lingüística textual ha dejado de lado dicho problema para centrarse en lo que llaman «el sistema de la lengua», además de que muchos de los *corpus* tomados en cuenta son los textos escritos de fuentes diversas como: legales, periodísticas, literatura, etc. En la lingüística textual pasa algo similar a la manera de proceder propuesta por Saussure: señalan la importancia de la lengua en comunicación, pero se dedican especialmente en «el sistema de la lengua» que está de base en la escritura. El estudio de las formas en las cuales se presentan los textos en lo cotidiano sirve para darse una idea general de cómo funciona la lengua y qué procesos o funciones están implicados en la producción de los mismos.

El estudio en particular de los textos producidos en consulta tiene implicaciones de todo tipo: sociales, lingüísticas, culturales. Lingüísticamente es ya relevante que se dedique una tesis al análisis de un registro tomado del habla cotidiana en un contexto particular como el médico-institucional. Peculiarmente tiene importancia en el nivel social debido a dos factores: por un lado, al descontento de la población por la atención recibida ya que la mayoría de la población se les presenta en su vida –en más de una ocasión– la consulta pública como problema o «mala experiencia»; por otro lado, socialmente existen asimetrías que dejan muy por encima al médico del paciente: no se valida la experiencia del sujeto que padece la enfermedad, y la ley permite que el poder de decisión lo tenga el médico y la institución.

En un primer acercamiento se puede llegar a pensar que en algunos ámbitos cotidianos no se tiene la cultura de la argumentación, sin embargo, basta con considerar a la lengua diacrónicamente y detenerse un poco en la tradición jurídica heredada del sistema de los Estados, para darse cuenta de que muchos de los conectores y especificadores que eran de uso exclusivo de la jurisprudencia han pasado con de siglos de adaptación, al sistema de las lenguas derivadas del latín, como es el caso del español. La argumentación es parte constitutiva de la lengua, no puede ser omitida o desvalorada para centrarse solamente en algunas de las funciones del lenguaje. Uno de los errores frecuentes de los estudios hechos por lingüistas es que toman únicamente el *corpus* de textos escritos para asegurar que algo se encuentra en la lengua, así se nos presentan muchos de los estudios hechos no sólo por lingüistas, sino también por filósofos o lógicos, que se han centrado en textos escritos incluso con ejemplos inventados por ellos mismos con el fin de demostrar su teoría.<sup>1</sup>

La argumentación tomada como teoría de la demostración tiene que deducir una conclusión con mecanismos que permitan partir de premisas que pueden ser verdaderas o falsas, pero en el caso de las ciencias experimentales tienen que tomar en cuenta las evidencias que corroboren la tesis a sostener. El caso del discurso médico entendido como aquel discurso que se utiliza para la teoría y docencia, tiende a estar dentro de la demostración por medio de evidencias. El discurso médico en consulta, entendido como aquel que se utiliza en el diálogo que se establece con el paciente dentro de un consultorio, presenta una fuerte carencia de elementos de demostración, o incluso encontramos que no se exponen los argumentos en los cuales se basan los médicos para diagnosticar o medicar. Si bien encontramos el uso adecuado del sistema de la lengua como el ordenamiento de la información por

---

<sup>1</sup> Algunos de los ejemplos fueron heredados de filósofos clásicos y fueron tomados por la tradición posterior, por ejemplo: «la nieve es blanca», «Sócrates es mortal», etcétera.



medio de tópicos, tema, rema, conectores, etc., que dotan de cohesión al discurso emitido por el médico en la consulta, muchas de las veces hay una carencia de explicación o, en el peor de los casos, evidencia que sirve de base para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. Por lo mismo es importante señalar los huecos de información que pueden salvar y abonar al convencimiento y aprendizaje del paciente para la atención de su propia enfermedad.

### *El proceso de educación en el consultorio médico*

La educación puede ser tomada como un proceso de construcción consciente; extrayendo las pautas y normas del lenguaje humano se pueden lograr resultados igualmente como se logra con las técnicas científicas al producir conocimiento, o al materializar ideas en la materia como sucede en las artes. Se sabe que generalmente el paciente atiende lo dicho por el médico y guía su conducta de acuerdo a lo sugerido (toma medicamentos, acude a consulta para monitoreo, etc.), pero no se tiene una idea clara de cómo se logra dicho cambio en la conducta, por lo cual resulta importante analizar cómo influye el diálogo en consulta para lograrlo. En este sentido podríamos pensar que, o bien existe alguna forma de argumentación básica que le permita al paciente entender el proceso de su enfermedad, o que es solamente el voto de fe hacia los médicos el que mueve para que modifique conductas con miras a mejorar su salud, lo cual podría aclararse con un análisis exhaustivo.

En este trabajo intento mostrar que la finalidad de la argumentación en el consultorio público obedece a formas de lograr cierta adherencia del paciente con la finalidad de que acepte un diagnóstico y su consecuente tratamiento. A pesar de que tanto el diagnóstico como el tratamiento de la enfermedad son aplicados por el médico basándose en protocolos de investigación, el discurso que utiliza en el consultorio público se mantiene en el campo de lo verosímil, lo plausible o lo probable.

Partiendo de un principio básico de comunicación y conducta: para que un paciente entienda mejor las indicaciones médicas es necesario que tenga los recursos lingüísticos y empíricos suficientes para aprender un mínimo de cultura médica en el proceso. En este sentido, la máxima hipocrática sigue siendo válida «Esta *techné* debe estar más atenta que cualquier otra a la preocupación de hablar en términos inteligibles para los profanos» (Hipócrates, 1997: 142). La máxima hipocrática plantea el problema de cómo se facilita la información por medio de la comunicación y también del proceso de educación en el cual se ven inmersos médico y paciente: el médico aprendiendo a convencer a otros de forma asertiva y clara; el paciente viéndose necesariamente obligado a coadyuvar en la cura o por lo menos en detener la enfermedad. El paciente estaría en este sentido un tanto forzado a asumir las estructuras cognitivas del médico, para fin de poder responder de forma asertiva a su enfermedad (asumiendo formas de representar la enfermedad, métodos y la atención o prevención, medicamentos, etc.).

El derecho a la información, así como la apropiación de la salud y la vida da cuenta del grado de madurez de una sociedad, lo cual es mayormente cierto cuando se promueve por medio de las instituciones públicas. La importancia de que el médico pueda enseñar el proceso de enfermedad y tratamiento, de forma tal que el paciente pueda comprometerse en el mismo y tomar decisiones sobre su salud, es de vital importancia en lo que se refiere al derecho a la salud. En este sentido, me apego a la tesis kantiana que dice que para llegar a una madurez práctica es necesario hacer un «uso público de la razón», entendida ésta como «el acuerdo de ciudadanos libres, cada uno de los cuales debe poder formular sus dudas y hasta su veto sin impedimento alguno» (Kant, 2004: 33). En este sentido el único impedimento o las imposibilidades de veto ante tal postura es la ley misma, aunque siempre existen formas de continuar o abandonar el tratamiento.

Finalmente, el objetivo más alto de este trabajo es que pueda aportar algunas herramientas que ayuden en el proceso de educación de la consulta pública, primeramente mostrando que algunas formas protocolarias en el discurso médico pueden impedir la comprensión del paciente acerca de su proceso de enfermedad, y por otro, aportando algunas estrategias para la argumentación en el consultorio público.

## [II]

### ANTECEDENTES

#### *Historia de las ideas*

En la historia de las ideas, ya desde Platón y los hipocráticos se exponía que la diferencia entre los médicos de esclavos y los de hombres libres radicaba en que los primeros daban sus instrucciones sin razonar acerca de sus actos, con base en la simple rutina y la experiencia, en cambio los segundos, hablaban en términos semejantes a los del lenguaje científico, exponiendo cómo se concibe la enfermedad desde el origen hasta su desarrollo y cura. No está de más señalar que Sócrates, Platón, y en buena medida Aristóteles, retomaron la ciencia de los médicos como un ideal que podría ser imitado por la filosofía. Este ideal de la terapéutica científica que tenía el mundo griego clásico entre los hombres libres sigue siendo el ideal de la consulta médica, sobre todo en las sociedades democráticas como la nuestra.

#### *Teoría de la argumentación*

La teoría de la argumentación no se presenta como una teoría homogénea o unificada, más bien se encuentran distintas corrientes de acuerdo a marcos teóricos que han cambiado a lo largo de la historia. Desde este punto de vista podemos agrupar a los autores por bloques que comparten rasgos entre sí. Encontramos primeramente en la retórica clásica autores como: Aristóteles, Plotino, Porfirio, Quintiliano, Dionysius de Halicarnasus, Cicerón, o al anónimo de la *Retórica a Herenio*. A partir de estos autores clásicos se desarrollaron en las academias posteriores corrientes o alternativas de análisis de argumentos que retomaban algunos aspectos que consideraron importantes desde su punto de vista.

*Corriente utilitarista de la teoría de la argumentación.* En el bloque de la corriente *utilitarista* se encuentra el jurista Jeremy Bentham, quien a principios de siglo pasado junto con otros autores promovió las bases del liberalismo actual y propuso técnicas de análisis de argumentos parecidas a las propuestas por los autores clásicos,

al tratar de ubicar y clasificar las inconsistencias de los razonamientos en materia legal (retomando a John Locke). Bentham (1834) postula a la conducta individual bajo el ideal «hedonista» de buscar el placer y evitar el dolor, lo cual llama «principio de interés». Este principio se encuentra estrechamente ligado al principio utilitarista que está en la base de todo el sistema legal: «la maximización de la felicidad del mayor número de miembros de la comunidad en cuestión». El *Tratado sobre las falacias políticas*, junto con *El ensayo sobre tácticas políticas* esbozan un tipo de «arte de gobierno»: propuesta dirigida a la toma de decisiones la primera, bajo una «medida de gobierno» que no es otra cosa que alguna buena medida de la legislación y administración del gobierno mismo; y la segunda como un tipo «arte de situar en orden» que indica la manera de conducirse en términos políticos con el ciudadano común y las asambleas de gobierno.

*La filosofía analítica con su aporte a la teoría de la argumentación.* La llamada *filosofía analítica* por su parte se desarrolló en Inglaterra a mediados de siglo pasado con G. E. Moore, Bertrand Russell y Wittgenstein entre otros, que son herederos de la teoría de Frege. Estos autores se caracterizaron por intentar construir un «lenguaje ideal» que evitara las contradicciones y sirviera para la epistemología (modo y condiciones del conocer). Wittgenstein empieza un enfoque distinto de esta corriente, ya que en una segunda etapa de su desarrollo teórico se centra en el análisis del lenguaje ordinario, lo cual deriva posteriormente en distintas maneras de hacer el análisis: «informal», según Ryle (1949) y Skinner (1974); «conceptual», según Strawson (1983); «holista-pragmatista» de acuerdo con Quine (1960, 1969), y «fenomenológico-lingüístico», de Austin y Searle (1962, 1981).

*Intentos de unificación de las teorías.* Las tendencias unitarias comienzan a realizarse desde los inicios del siglo pasado. Los autores pragmatistas John Dewey (1950) o Richard Rorty (1996) se sumaron al proyecto de unificación del *saber*, que lo consideraron como una «comprensión de la experiencia», dependiendo del tipo de relación que se establecía entre el sujeto y objeto se clasificaban a las teorías. Esta tendencia pragmatista sirve para la unificación de las teorías al ser una especie de «idealismo de la acción», ya que regula la conducta social postulando principios o reglas pragmáticas basadas en «la razón» para la comprensión y resolución de los discursos.

El problema del acuerdo o desacuerdo en asuntos sociales llega a desarrollarse con Stephen Toulmin (1958) de manera sistemática. Este autor considera racionales a los argumentos independientemente de que sean lógico-formales o no, en este sentido incorpora en el sistema elementos de lo convencional, además de que introduce el criterio del «respaldo legal» como base objetiva para la argumentación.

Vilfredo Pareto (1972) es otro de los autores de principio de siglo pasado que impactó en los desarrollos teóricos posteriores. Propone unificar los métodos utili-

zados en ciencias sociales por medio de la especificación de «un máximo u óptimo colectivo a partir de una configuración distributiva», de lo cual se deriva un análisis de lo que se ha entendido por *justicia* en el discurso filosófico. Lo que propone dicho autor es llevar el análisis hasta las motivaciones últimas de los individuos, comprendidas como una especie de lucha de fuerzas en acuerdo al contexto y que sirven para proponer los tipos de instituciones sociales que regulan la acción. Esta postura influyó en juristas como Hans Kelsen en Austria, Alf Ross en Dinamarca y Chaïm Perelman en Bélgica, derivando en un exhaustivo método de análisis del discurso filosófico que retoma ejemplos de la literatura en general.

*La nueva retórica.* La llamada «Nueva retórica» comienza a mediados del siglo pasado basándose en la retórica clásica pero cambiando el enfoque, ya que para estos autores lo que importa son las maneras en que se argumenta en el lenguaje natural y no tanto el razonamiento formal, en este sentido se busca aclarar el proceso y técnicas utilizadas para lograr la adherencia a un público. Entre los representantes de dicha teoría se encuentran: Perelman, Barth y Krabbe. Para Perelman y Olbretchts-Tyteca (1989) los argumentos tienen que considerar las formas de *adherir* o *persuadir* a un público hacia una tesis o aseveración que se sostiene en el diálogo. La teoría se basa en dos principios: del *juicio analítico* y del *principio de evidencia*. Cuando la evidencia es lo suficientemente obvia entonces es verdadera, y cuando la verdad se deriva por necesidad de las premisas como sucede en los juicios analíticos, Perelman dice que no es necesario argumento alguno. Los argumentos entran en acción o son necesarios cuando no se encuentran las evidencias de manera clara. El autor considera como absurdo el ir en contra de un argumento analítico, ya que el contenido proposicional está implícito en la aseveración y no podría ser de otra forma (no es cierto que, un triángulo es...). De la misma manera considera también absurdo el sostener que una verdad evidente no es verdadera.

### *La pragmadialéctica*

La propuesta pragmadialéctica se desarrolla a finales del siglo pasado a partir de investigaciones de la lingüística, la lógica y retórica. Considera fenómenos tanto de comunicación como de la lógica formal y se presenta como una alternativa para el análisis de argumentos que forman parte de una discusión crítica; en este sentido va enfocada a la resolución de las disputas por medio de la comprensión y reelaboración del contenido expuesto o implícito en el mensaje. Uno de los principales aciertos de dicha teoría es que toma en cuenta la función comunicativa del discurso, y la lógica sirve de entrada para la clasificación de los argumentos de forma global, aunque sea sólo para revisar la consistencia y no contradicción de los mismos. Se basa en 10 reglas que, si bien tienen un fin prescriptivo o normativo, se postulan como principios característicos o rasgos de un texto altamente argumentativo que,

en caso de no cumplirse, se comete algún tipo de *falacia* que dificulta la resolución de las discusiones. Entre los representantes de dicha teoría se encuentran los holandeses Van Eemeren, Grootendorst, Jackson y Jacobs.

### *El análisis del discurso*

El análisis del discurso es una disciplina que agrupa una gran cantidad de teorías o corrientes nada homogéneas como sucede con los trabajos sobre argumentación. A pesar de la diversidad de los métodos y estudios de análisis del discurso actuales, la mayoría coincide en estudiar el lenguaje por encima de la frase, así como también coinciden en ahondar en el lenguaje que se produce de forma natural. A grandes rasgos destacan de entre estas dos grandes vías epistémicas: la *crítica* y aquella centrada en fenómenos de la comunicación. El análisis del discurso se centra en producciones y situaciones reales (Van Dijk, 1985: 1-3), tomando en consideración la actividad verbal inserta en un contexto y situación particular. Para fines del análisis en esta disciplina se utilizan enfoques muy distintos como: el análisis de la conversación (Schegloff *et al.* 1996), la creación de géneros discursivos y la dimensión dialógica (Bajtin, 1982), el análisis lingüístico jerárquico de los textos (Roulet *et al.*, 1985).

*Análisis crítico del discurso.* La que tiene como premisa hacer crítica, como son los realizados por Wodak y Meyer (2001), Siegfried Jäger y Jürgen Link (1993), Van Dijk (1991).<sup>1</sup> Dentro de este gran bloque se encuentran aquellos que tienen como objetivo investigar «cómo funcionan los textos en la interacción comunicativa» (Beaugrande y Dressler, 1972: 35), y está representada principalmente por la corriente francesa que adopta una perspectiva pragmático-enunciativa, y a la cual se adhieren autores como O. Ducrot, Maingueneau, Kebrat-Orecchioni, Renkema, Adam y Dressler. En términos generales el análisis crítico del discurso está enfocado desde una perspectiva social e interactiva, y en este sentido trata de descubrir los tipos de relaciones establecidas entre los interlocutores, las formas en las cuales se forjan las jerarquías, y la manera en la cual permean las instituciones el lenguaje de los hablantes.

*Análisis de la comunicación.* Con respecto de los trabajos de análisis del discurso centrados en el fenómeno de la comunicación, cabe resaltar los realizados por la «Escuela ginebrina» Jean-Michell Adam, (1986, 1998), Roulet (1976, 1980, 1985, 1991), Christian Rubattel (1986, 1987, 1988, 1989), casi todos colaboradores de *Cahiers de*

---

<sup>1</sup> Cabe decir respecto de la crítica que no necesariamente se tiene que tomar en cuenta para el análisis del discurso, ya que algunos autores como Wodak consideran que al hacer un análisis va ya implícita una crítica.

*Linguistique Française*, los cuales proponen una alternativa de análisis estableciendo distintos «módulos» funcionales agrupados en: un componente *sintáctico* para el componente lingüístico de la lengua, otro *jerárquico* para el componente textual, y un tercero *referencial* para el componente situacional. Cada uno de dichos módulos contiene submódulos que organizan el diálogo por medio de un plan o diseño. De esta vía epistémica se retoman algunos métodos para el análisis actual en las propuestas de Catalina Fuentes (2000)<sup>2</sup> y Victoria Escandel (1996), quienes exponen los presupuestos básicos de las modernas corrientes del análisis textual como son la pragmática, la teoría de la relevancia y la lingüística textual.<sup>3</sup>

### *El análisis de la comunicación en el ámbito médico*

La aplicación de los métodos de análisis del discurso en el área médica es también diversa, sin embargo, en ella se pueden encontrar dos grandes vías de investigación:

1. Las centradas en fenómenos sociolingüísticos y de comunicación, como son las realizadas en: *Doctor-Patient Interaction* (Walburga, 1990); *Routine Complications: Troubles with Talk Between Doctors and Patients* (West, 1984); *Power in Doctor-Patient Talk* (Ainsworth-Vaughn, 1994); *Multidisciplinary Approaches to Theory in Medicine* (McNamara, 2006).
2. Las que están interesadas en hacer análisis del discurso, como son las realizadas en: *Department of Communication Sciences and Disorders, College of Health Professions, Medical Education*; y algunos artículos publicados en la *Revista Iberoamericana de Discurso y Sociedad*.

---

<sup>2</sup> La crítica que hace Fuentes a los trabajos de la escuela ginebrina es con respecto de la noción de los «módulos» como unidad de análisis, ya que sus límites no son precisos además de que no se pueden encontrar claramente las interrelaciones.

<sup>3</sup> Por lo tanto incluyen la *teoría de los actos del habla* de Austin (1981), Searle (1980) y Morgan (1982).





### [III]

#### SOPORTE TEÓRICO Y AUTORES DE CONCEPTOS

##### *La argumentación como fenómeno del lenguaje cotidiano*

La *argumentación* es un fenómeno del lenguaje que incluye elementos de todos los niveles, al presentarse como el sostenimiento de un punto de vista que modifica los pensamientos, tesis o ideas que se tienen sobre un tema en cuestión. Esto indica que la argumentación se refiere a situaciones sociales donde los individuos que participan directa o indirectamente se ven envueltos en situaciones comunicativas que generan aprendizaje. En un diálogo argumentativo los interlocutores aspiran al conocimiento de lo que es apropiado para la acción mediante el uso del lenguaje y la aplicación de diversas técnicas o métodos de convencimiento de los implicados en el proceso.

Si bien desde Aristóteles encontramos ya una propuesta sistemática y coherente de la argumentación, la propuesta no se siguió de la misma manera en las corrientes posteriores. Para Aristóteles, la retórica es la imagen espejo o la contraparte (*antis-trophos*) de la dialéctica, las principales diferencias entre ambas disciplinas es que: la *dialéctica* toma la forma de preguntas y respuestas, además de que trata de las cuestiones generales y abstractas; mientras que la *retórica* trata con casos específicos y con discursos formales de políticas y usos extendidos. En el *Órganon*, Aristóteles agrupaba a las disciplinas que se ocupaban del análisis del discurso enunciativo en tanto que proposición. Estas disciplinas son: a) la teoría de los enunciados, b) la teoría de los razonamientos y c) la teoría de las categorías. Desde la lingüística actual podríamos rescatar el enfoque dinámico aristotélico dejando de lado el intento de hipostasiar realidades innecesarias, lo cual es un problema que tiene su origen en la forma de considerar al lenguaje: como categoría formal, o material. Una forma o categoría lingüística no implica por sí misma una ontología, ésta necesita hacer un uso referencial y objetivo para que sea legítimo aplicarle dicho término, por lo mismo se puede considerar a la ontología con carácter de construible.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Este tema es tratado tradicionalmente en filosofía como el problema de los *universales* y es tratado por todo lo largo de la historia de las ideas. Por motivo de economía

## *La argumentación como instancia de comunicación*

El carácter absoluto de la lógica cartesiana dejó aparte a la argumentación práctica de la misma manera que el estudio de las figuras y estilos hizo a un lado la dinámica de la *Retórica*.<sup>2</sup> Debido a que la lógica se independiza del carácter concreto de las acciones y se maneja en un nivel meramente conceptual, puede postularse como si fuera totalmente abstracta y formal.

El problema con una concepción estática como la anterior es que no toma en cuenta que la argumentación se presenta como un fenómeno del lenguaje cotidiano, lo cual indica que para hacer un análisis de la misma es importante considerar los aspectos pragmáticos y situacionales que van implícitos en el lenguaje. En este sentido el discurso argumentativo debería de ser estudiado como una instancia de la comunicación y las interacciones verbales normales como ya apuntan autores como Tahnen (1998), Van Eemeren, Grootendorst, Jackson y Jacobs (2005) y Escandell (1996).

Para descubrir los elementos que participan o influyen en la argumentación del discurso cotidiano es necesario tomar en cuenta todos los aspectos del lenguaje implicando tanto los niveles, como las funciones del lenguaje: morfológicos, prosodia y entonación, enunciativos y textuales. Tanto la propuesta pragmatialéctica como la lingüística pragmática tratan de reconstruir el proceso todos los *actos de habla* (*evidentes, opacos, o implícitos*) que se encuentran en la práctica de la argumentación ordinaria, de manera que se pueda hacer una evaluación del discurso.

Las personas que toman parte en el discurso argumentativo a menudo aparecen comprometidas en alcanzar otros objetivos que no son sólo la resolución de una diferencia de opinión. En general hay un aspecto *retórico* de todo el discurso argumentativo: los participantes generalmente están buscando los efectos que más le convienen. En este sentido, hay también un aspecto retórico fuerte y específico del discurso argumentativo: quien toma parte en un discurso argumentativo trata de resolver la diferencia de opinión para su propio bien, y su uso del lenguaje y otros aspectos de su conducta son diseñados para alcanzar este efecto (Van Eemeren et al., 1993).

## *Análisis de la comunicación de acuerdo a la pragmatialéctica*

La pragmatialéctica asume que la confrontación de un punto de vista con las opiniones de los otros a menudo sirve para objetivos dialécticos distintos a la resolu-

---

es un tema que no desarrollo del todo pero se pueden encontrar las siguientes referencias que aclaran el rol y función de los universales: Church, A., Goodman, N., Bochenski, M., (1956); Beuchot (1997); Iturrioz (2000-2001).

<sup>2</sup> Aquella relacionada con la sofística, previa a Aristóteles, que fue "superada" o dejada de lado a partir de los estudios de lógica desarrollados por dicho autor.

ción, tales como la provocación o el aburrimento de los otros. Aunque también existen fines involucrados en la presentación del punto de vista que afectan la resolución de una diferencia inmediatamente pero no son estrictamente dialécticos, tales como ganar el debate.

El intercambio verbal es considerado desde este punto de vista como una interacción de actos de habla que toma en cuenta la estructura de los argumentos que se encuentran dentro del marco de los mismos, a la vez que se considera también una situación específica que permite hacer ese tipo de acto de habla. Los enunciados presentados en el curso de la argumentación son razones relacionadas con un punto de vista, diferenciados de otro tipo de enunciados por la función que cumplen: son una toma de posición. La defensa de un punto de vista implica que se cuestiona desde otro punto al argumento, lo cual en Van Eemeren y Grootendost (1992) se llama «aceptabilidad», aun cuando sea el simple supuesto, no explícito, de que otros dudan. En este sentido, la pragmadialéctica se acerca a la teoría de Perelman (Perelman y Olbrechts-Tyteca, 1989), ya que el propósito del discurso es convencer al otro de su punto de vista (en la otra teoría es la persuasión), aun cuando la expresión se adecúe a formas retóricas que van desde la más cauta, hasta la más débil (el *modus del dictum*).

La resolución de las diferencias de opinión se hace por medio del discurso argumentativo, según la pragmadialéctica la función que cumple dicho discurso es la de una toma de posición del cual parte todo diálogo argumentativo. Esto quiere decir que la base de una discusión es la producción de un tipo de texto que ha sido presentado para defender un punto de vista, y relaciona –por medio de elementos cohesivos y coherentes– las partes del discurso con el hilo de la conversación. En cambio cuando una disputa se *resuelve* esto implica que las partes han cedido en su argumentación a favor de la más convincente, sea porque no logra sostener la argumentación, o porque se da cuenta que es errónea. La resolución pasa así por cuatro etapas:

1. Confrontación: la puesta en duda es la originaria de la disputa.
2. Apertura: se toma la decisión de resolver por medio de una discusión argumentativa regulada (roles: protagonista *vs.* antagonista).
3. Argumentación: el protagonista defiende su punto de vista y el antagonista exige aclarar sus dudas.
4. Clausura: se retira el punto o se incorporan en un solo argumento el punto de vista.

Este proceso puede presentar variaciones o elementos recursivos, saltos, etc., así se puede reiniciar la discusión después de haberla terminado, empezando con ello nuevamente el proceso. Sin embargo, la idea de Grootendost (Van Eemeren y Grootendost, 1992) es que sirve como instrumento heurístico o modelo para ubicar

en qué momento se encuentra el proceso de argumentación, descartando con ello los actos de habla disruptivos o superfluos. El problema de sacar todos los actos de habla emitidos en una comunicación es que el análisis de lo dicho se queda en el ámbito regulativo, el cual puede servir para jueces o moderadores, pero no sirve para un análisis descriptivo.

Uno de los niveles de la argumentación es la persuasión o adhesión de la audiencia a lo expresado en el punto de vista; este nivel ha sido tomado por la retórica clásica y moderna. Generalmente se resumen en los elementos siguientes: juicio sobre qué y en qué orden y estilo se va a hablar. Los retóricos lo exponían en los siguientes pasos:

1. *Exordium*: introducción que atrae la simpatías de la audiencia.
2. La *narratio*: procede a exponer su tema o el curso de los eventos de los cuales se va a hablar (tiene un carácter preparatorio).
3. La *argumentatio*: presenta primero evidencia a favor del punto de vista (*confirmatio*), y después su contrario (*refutatio*). Finalmente expresa una recapitulación y conclusión (*peroratio*), pero se pueden establecer transiciones o digresiones finales.

En cambio el modelo dialéctico no regula el comportamiento de los participantes, sino que acepta las construcciones del esquema argumental preferido por los participantes (es descriptivo y aleatorio). Sin embargo, la finalidad es clarificar la disputa en sus distintas etapas: cuáles son los actos de habla significativos para la resolución y cuáles no lo son para dejarlos fuera del análisis.

### La retórica

La retórica de Grecia clásica era considerada como un *arte* del discurso que presentaba técnicas orientadas a la recepción, el modelo culmen de este arte es la *Retórica* de Aristóteles, quien la definía como «el hacer ver las cosas persuasivas que existen respecto a cada particular», o «la capacidad de determinar los medios posibles de convencimiento para cada caso» (1997, I: 1355b). La idea de *arte* en la misma época era abstracta e indicaba un dominio de la técnica que podía ser transmitida por medio del lenguaje humano. Particularmente en Aristóteles el *arte* era «cierta disposición productiva con discurso verdadero» contrapuesto al discurso falso, en este sentido la *retórica* como arte sólo se daría en el tipo de discurso que pretende de alguna manera manejarse con el criterio de la verdad (1985: 1140 a 21). Todo proceso de enseñanza del mundo clásico tomaba en cuenta los fundamentos científicos y filosóficos que formaban al hombre griego, para cada rubro había una *techné*: *techné* política, *techné* poética, educación como *techné* (*paideia*), o la *techné* de

los médicos que retomaron Platón y Aristóteles por estar basada en una *figura* del pensamiento llamada «evidencia» (Werner, 2002: 3, 10, 273-278, 409-410).

Los autores que le siguieron a Aristóteles pusieron mayor énfasis en el tratado sobre las formas y estilos literarios expuestos de manera sistemática que en las maneras en las cuales se producen los discursos, por lo mismo los trabajos de retórica se centraron en las técnicas, *figuras* de dicción o de pensamiento y *tropos* para la elaboración de un escrito literario. Desvinculadas de la *paideia* («cultura») implicada, la retórica posterior eliminó el arte dinámico (*δυναμικς*) de la elaboración del discurso hablado o escrito, así como los fundamentos éticos y filosóficos propuestos por Aristóteles, para centrarse en la perceptiva literaria, la teoría lógica (*θεωρηϊή*) o en el arte de la persuasión.

### *Figuras del discurso*

De la retórica clásica heredamos conceptos que pueden ser operativos, como resultan ser los tipos de *figuras* cuyo propósito era «expresar un pensamiento nuevo» mediante un efecto estilístico particular. La invención de una figura nueva puede darse en el nivel morfológico o en el nivel de la frase.

1. Cuando la *figura de dicción* afecta únicamente a la palabra de manera que se compone una nueva palabra se llama:
  - Adición: *prótesis*.
  - Supresión: *apócope*.
  - Sustitución: juego de palabras por *homonimia*, *sinonimia* o *metábola* en general.
  - Permutación: *metátesis*.
2. Cuando la nueva figura altera la sintaxis se habla de *metataxas* o figuras de construcción por medio de:
  - Alteración del orden de las palabras por inversión o transposición: *hipérbaton*.
  - Suprimiéndolas: *elipsis*.
  - Agregándolas: *catáfora*, *pleonasma* (una subclase sería la repetición las palabras: *epífora*, *anáfora*).
  - Sustituyendo una palabra por otra: *silépsis*, etc.
  - *Perífrasis*: se enuncia una idea simple por medio de una circunlocución.

*Figuras de la elocutio: metasememas y metalogismos.* La antigua retórica clasificaba también las llamadas *figuras de la elocutio*, que no es otra cosa que la construcción de los discursos por medio de figuras de significación o *tropos* que dividían en dos grandes clases los *metasememas* y los *metalogismos*:

1. Los *metasememas* son tropos de dicción o palabra que indica el cambio de significado en las expresiones.

- *Metáforas*: relación o cambio de género por semejanza (Aristóteles, 1999: 1457b 6-9). Por ejemplo, *alegoría* o correspondencia entre elementos imaginarios.
- *Sinécdoque*: relación entre el todo y sus partes que se presenta como *a) generalizante* o deductiva, *b) particularizante* o inductiva, *c) el plural se entiende como singular*, *d) el singular se expresa en plural* (*Retórica a Herenio*: 1997: VI 33).
- *Metonimias*: figura que toma de elementos próximos o vecinos una expresión que permita comprender algo que no ha sido designado con su propio nombre. Puede lograrse a partir de: *a) lo inventado*, *b) del inventor*, *c) por el instrumento se designa a su poseedor*, *d) del efecto por la causa*, *e) la causa por el efecto*, *f) el contenido es designado por el continente*, *g) el continente es designado por el contenido* (*ibid.*: VI 32).

2. Los *metalogismos* son tropos de pensamiento u oraciones llamados (Sexto, 1996, I):

- Tropos *lógicos* o argumentos relativos a la posibilidad del conocimiento que debido al contenido pueden conducir a la suspensión del juicio: *a) los argumentos basados en el sujeto*: de las diferentes especies existentes entre los entes animales, de las diferentes clases de hombres, de los diferentes estados según los tiempos, de las condiciones orgánicas; *b) los argumentos basados en sujeto y objeto*: de las distintas posiciones que pueden adoptarse frente a un objeto observador, del medio interpuesto entre los sentidos y el objeto, de los diferentes estados de los objetos mismos, de las costumbres usos y creencias del sujeto, de su estado de desarrollo, de las contradicciones derivadas de los factores que intervienen en el conocimiento de las cosas.
- Tropos relativos a las causas: derivar «lo invisible de lo visible» en tanto que es cognoscible, derivar «causas oscuras de otras más oscuras».
- Tropos de pensamiento *pintoresco*: *antítesis* o contraposición de unas ideas con otras.
- Tropos de pensamiento *paradójico*: aproximación de dos ideas opuestas que contienen una coherencia en su sentido figurado, pero que tomada como afirmación se contradice a sí misma por lo cual presenta dificultades semánticas y lógicas. En sentido lógico-formal la tradición ha reservado el término *aporía*

al tipo de pensamiento que se expresa en una proposición sin salida lógica o como una dificultad lógica insuperable.

- Tropos de pensamiento patético: *apóstrofe* o forma para la expresión de pasiones que consiste en enfatizar un punto al mismo tiempo que puede cambiar el sujeto aludido.
- Tropo del pensamiento por *ironía*: consiste en oponer el significado a la forma de las palabras para burlarse del sujeto que sostiene otro punto de vista.
- Tropo del pensamiento por *lítote*: consiste en atenuar o negar aquello mismo que se afirma, la cual se produce en operaciones de supresión parcial que ofrecen cierto carácter cuantitativo, de manera que se desplaza a lo largo de la serie intensiva. Puede hacerse una exageración modesta o *meiosis* que tiende a producir la impresión de que algo es menos importante de lo que resulta en realidad.

Si bien *metalogismos* y *metasememas* indican ambos el cambio en el significado, los primeros son figuras que afectan el contenido lógico de los enunciados en el cual se presentan los hechos o el razonamiento en general. En cambio los *metasememas* resultan de las operaciones efectuadas sobre la semántica y afectan el significado de los *sememas* que se interceptan o relacionan. Esto quiere decir que el *metasemema* surge de la relación de los rasgos semánticos o de las unidades de contenido que se realizan en un lexema produciendo un efecto de sentido particular, como es el caso de la *metáfora* que además tiene un uso frecuente en el lenguaje cotidiano.

Los *metalogismos* cumplen una función argumental, en este sentido van más allá de la oración operando en el nivel macro-textual,<sup>3</sup> esto es un indicador de que condensan gran cantidad de información tanto conocida (*tema*), como nueva (*rema*).<sup>4</sup> Para fin de que se recuperen las referencias hechas por las figuras es necesario considerar el contexto pragmático, semántico y situacional. Una prueba de ello es la referencia *endo* u *exofórica* que necesita combinar unos *semas* de ma-

---

<sup>3</sup> En sentido estricto y desde un punto de vista lingüístico la idea aristotélica de que la oración es la expresión de un pensamiento completo es errónea, ya que hablamos con enunciados o cláusulas que pueden formularse por debajo de la estructura clásica de la oración.

<sup>4</sup> Aunque *tema* y *rema* son formas de organización de la información consideradas tradicionalmente en la lingüística textual, para este trabajo de justificación y análisis considero más importante la función y forma de los argumentos que se utilizan en la consulta pública.

nera tal que se indiquen claramente a qué se refieren, como sería el caso de los pronombres, nominalizaciones (anáfora, catáfora), los tipos de elisiones y déicticos entre otros. La pragmática por su parte opera en el uso de los *metalogismos* y *metasemas* de manera que van organizando y eligiendo el tipo de palabras o enunciados para la construcción del texto como unidad de sentido (por medio de los elementos cohesivos), con carácter referencial (sobre todo en textos técnicos) de acuerdo a la situación comunicativa.

### *La metáfora*

La investigación hecha por Lakoff y Johnson (1980) del uso de las metáforas demuestra que se presentan cotidianamente y cumplen una función de comprensión de la realidad. Esta idea ya había sido sostenida por Aristóteles en la *Poética* (1999, cap. III: 21-22), cuando habla de las traslaciones que cambian el sentido de las palabras enseñando algo nuevo en el concepto nombre que no estaba todo claro en la clasificación por género-especie.<sup>5</sup> El género en este autor era considerado como el *genos* (γένος): lo que genera o causa a la especie, esto se entiende bastante bien a partir de la metafísica que es donde pone en relación los juicios llenados con conceptos derivados de las categorías con las *causas*: material, formal, eficiente y final. El *genos* entendido metafísicamente explicaba el proceso de actualización de la especie además de que la conocía preeminentemente por la parte real o física. En cambio el cambio de género en el discurso tenía otro carácter: el de conocer a la especie gracias a una función heurística. Al presentar algo nuevo de la especie que no conocía el interlocutor o que no estaba del todo claro en el juicio, lo que hacía el cambio de género en el discurso era facilitar el acceso al conocimiento de la misma sin predicar verdad metafísica. Aristóteles clasifica las metáforas de dos formas o funciones: de *definiciones* que son relaciones de nombres (N+N) y metáforas como *frases* que es la unión de un nombre y un verbo (N+V). Las relaciones de las primeras que son definiciones metafóricas N+N es un tanto arbitraria debido a que se puede designar a una cosa trasladando la significación: «de un género a la especie, de especie a especie, de especie al género, o [finalmente] según una analogía» (1999, cap. III: 21), pero siempre usando un nombre y sin compromiso alguno con la verdad (*alétheia*).

Aristóteles restringe el campo de la poética al ámbito del mito o la ficción, contrariamente al tratado de la argumentación que se refiere al «arte de encontrar pruebas» (que pueden persuadir a la audiencia), la *poesía* cumple una función «mi-

---

<sup>5</sup> Aquí habría que matizar con el concepto «palabra». En cierto sentido los estudios basados en Aristóteles se ha quedado en el ámbito de la oración, quedando así restringido a la gramática. En cambio para Lakoff, la materia de análisis y descripción es el enunciado, el acto de habla y en general el cómo nos comunicamos utilizando el sistema de la lengua.



mética» al representar esencialmente prácticas humanas que tienen por característica el decir la verdad de la práctica misma, lo cual puede producir una catarsis por medio de la ficción o del «mythos». En cambio la tesis de Lakoff indica que las metáforas crean una red que afecta a toda representación interna y con ello a la visión del mundo del hablante (Lakoff y Johnson, 1980: 39). Las metáforas se encuentran bajo tipos naturales o básicos que agrupan o abstraen conceptualmente algo de la experiencia que nos permite *comprender* otras experiencias algo muy parecido a lo que Piaget (2006) llama operación por «transducción», que no es otra cosa que la aplicación de una experiencia individual a otra.

*Nuevas explicaciones a la función de la metáfora: Lakoff y Tahnen.* Lakoff dice que las metáforas son naturales porque provienen de la interacción del cuerpo con el mundo que establece una relación por campos de comprensión inmediata, ya sean físicas o culturales. La metáfora en este sentido es considerada esencialmente como el acto de «entender y experimentar una cosa en términos de otra» (*ibid.*: 41). En este sentido las metáforas funcionan como una especie de intersección de realidades disjuntas de manera que muestran o enseñan algo que no estaba del todo claro o explícito en el sujeto y sirve para la comprensión del mismo, lo cual indica que cumple una función heurística. Por ejemplo, las metáforas espacializadoras varían de una cultura a otra, nace de nuestra asimilación de la experiencia física y cultural pero se abstrae e independiza de manera funcional para ordenar después a la experiencia misma.

Los tipos de relaciones propuestos por Lakoff representan la experiencia como totalidades estructuradas y organizadas, de acuerdo a una Gestalt:

1. *Metáforas orientacionales*: se refieren al tipo de concepto que organiza un sistema global de conceptos con relación a otro, generalmente implica relaciones espaciales (arriba-abajo, dentro-fuera, delante-detrás, profundo-superficial, central-periférico) (*ibid.*: 50). Lakoff dice que este tipo de metáforas tienen base en la experiencia y la cultura, es decir, la topología se expresa acorde a bases físicas pero con implicaciones culturales.<sup>6</sup> Estas metáforas manipulan en cierto sentido los elementos discursivos que van dirigidos a argumentar en favor de manipulaciones de la realidad o conductas sociales.
2. *Metáforas ontológicas* como entidad-sustancia-contenedor: son estados mentales o formas de considerar como entidades-sustancias a los acontecimientos, activi-

---

<sup>6</sup> Levinson apunta lo mismo en sus estudios sobre el lenguaje espacial, debido a que las lenguas utilizan distintos campos semánticos que ordenan la experiencia dependiendo de la estructura de la lengua (1998: 385-435)

dades, emociones, ideas, etc. Las acciones y acontecimientos se conceptualizan como objetos, las actividades como sustancias, los estados como recipientes. Las metáforas ontológicas funcionan de acuerdo al fin que persiguen en la expresión de la experiencia, especifican los diferentes tipos de objetos o situaciones de manera que nos ponen de manera relevante la información o el aspecto que importa resaltar o focalizar «Estaré en», *el final de (...) fue*.

3. *Metáforas estructurales* como  $X$  es  $Y$ : generalmente expresan una relación o cambio de género por semejanza, de manera que dicha relación enseña algo nuevo o escondido del objeto que describe. Es un tipo de inferencia por comparación de cosas, hechos o individuos que se enfoca en sus semejanzas o analogías. Aun cuando los conceptos implicados en la relación no tengan una correspondencia real sino imaginaria, la metáfora estructural de Lakoff cumple un fin heurístico al explicar o exponer el objeto comparado de manera que se vuelve accesible o de más fácil comprensión.

Los tres tipos de metáforas fueron expuestas desde Aristóteles en las *figuras del discurso*; sin embargo, para describirlas es necesario tomar en cuenta la función que cumplen. Lakoff analiza el lenguaje cotidiano para encontrar las formas comunes en las cuales se utilizan y describir así cómo funcionan. En este sentido se vuelve un estudio del tipo descriptivo y en su resultado final encuentro lo siguiente:

1. Existe sistematicidad interna en las metáforas espacializadoras, en virtud de la base experiencial se generaliza al concepto situándolos dentro de un sistema conceptual preciso y coherente que permite y dota la significación. De hecho, muchos elementos no pueden decirse más que de forma metafórica:

arriba = control, poder (mayor categoría) [FELIZ , BUENO , RAZÓN ]  
abajo = pobreza, (menor categoría) [TRISTE , FEO , IRRACIONAL ]

2. Los conceptos intelectuales o científicos generalmente están basados en metáforas que tienen fundamento físico o cultural. Por ejemplo: altas-bajas, sobredebajo. La atracción intuitiva de una teoría científica tiene que ver con el acierto con que las metáforas se ajusten a la experiencia personal.
3. Las bases de la metáfora son físicas y sociales, la elección de una metáfora es debido a la coherencia del sistema cultural y global del que forma parte. Por ejemplo: «felicidad» se correlaciona con «la sonrisa». Una base física puede cosificar las expresiones en categorías de grados (abundancia escasas).

Las metáforas contribuyen al intercambio de información entre los hablantes, en este sentido sirven para la argumentación implícita del lenguaje cotidiano como sucede en las negociaciones, discusiones, entrevistas, o diálogos en general. Deborah Tahnen afirma que todas las lenguas usan metáforas para expresar ideas, algunas de las cuales son novedosas, otras «calcificadas», es decir fijadas en la cultura (1998: 13). Tahnen considera a las metáforas con la capacidad de influir culturalmente en nuestra concepción del mundo y relaciones en general. Un ejemplo claro de esta capacidad de permear nuestra relación con el mundo la encontramos en la cultura americana, que a juicio de Tahnen, se basa en la metáfora de la guerra: «diálogo como guerra», «argumentación como guerra», «entrevista como guerra», etc. Esta metáfora de la guerra permea a todos los tipos de texto: artículo científico «...para batir este argumento»; «vamos a combatir el cáncer» (*ibid.*: 13-16).

### La metonimia

Uno de los casos especiales de metaforización es la llamada *metonimia* que consiste en utilizar una categoría de entidad distinta de la que le corresponde al objeto en cuestión, relacionándola por un aspecto que es común a ambas. Su función principal es hacer referencia a algo aunque sea de manera indirecta o por medio de un tropo (aunque cumple también en menor medida la función de comprensión). Por ejemplo: «me gusta leer al Marqués de Sade»; «el acrílico se ha posicionado en el mundo del arte».

La *sinécdoque* es una subclase de *metonimia* que toma la parte por el todo. Por ejemplo «se necesita sangre nueva para la organización». Otra forma de metáfora es la *personificación* que consiste en especificar el objeto como una persona, donde la función que se logra con el cambio de género es la comprensión de la experiencia, en especial los que tienen que ver con motivaciones, características y actividades humanas: «La vida me ha estafado»; «su teoría me explicó el comportamiento de los animales en cautiverio»; «finalmente el cáncer lo alcanzó». La función en la metáfora de personificación nos aporta una manera especial de pensar sobre el concepto en cuestión, realza un aspecto importante de algún fenómeno del mundo en términos de comportamiento humano (da cuenta de algo importante de forma coherente a la situación). Los conceptos metonímicos son parte de la forma cotidiana y ordinaria de actuar (verbal o físicamente), nos indican la información básica o importante para la ubicación y comprensión del sujeto en cuestión:

- La parte por el todo:  
«En nuestra cultura *la gente y sobre todo las comadres chismosas* [risas] le van a decir no no vayas a tomar eso te vas a volver adicta, es una cochinado».
- El producto por otro:  
«Qué cree doctor!, primero van *las ampollitas*».

- El objeto usado por el usuario:  
«Necesitamos un mejor guante en la primera base».
- El controlador por el controlado:  
«Un toro me cogió por el costado».
- Una institución por la gente responsable:  
«Pemex subió otra vez los precios».
- El lugar por la institución:  
«La Casa Blanca no dice nada».
- El lugar por el acontecimiento:  
«Watergate cambió a nuestros políticos».

Los conceptos *metonímicos* son sistemáticos de la misma manera que lo son las metáforas: en virtud de la base experiencial se generaliza al concepto situándolos dentro de un sistema conceptual preciso y coherente que permite y dota la significación. Así, organizan los pensamientos de manera que nos permite comprender y organizar la experiencia.

### *Los tópicos*

La doctrina de los tópicos en Grecia clásica era parte de un hábito social de argumentación que consistía en debates públicos en los cuales se enfrentaban dos discutidores bajo la regulación de una especie de árbitro. Como parte de la retórica preparaba las pruebas que se iban a utilizar en el discurso, seleccionando argumentos e ideas que servían para la comprobación del conocimiento en debate. Los *topoi* significan en general «consecuencia», son formas artificiales y abstractas de la lógica que son susceptibles de ser llenadas con algún contenido particular que las dota de significación para el caso por defender. En este sentido, son esquemas proposicionales o «lugares comunes» que permiten obtener una proposición a manera de conclusión que implica la debatida, de manera que, su afirmación o negación implica la negación de la proposición en debate. En la argumentación los *tópicos* sirven para armar o llenar los contenidos de las posibles formas que van dirigidas a persuadir al auditorio.

Las estrategias argumentativas que propone Aristóteles en los *Tópicos* consiste en una serie de preguntas base que permiten obtener la proposición que sirve de diálogo dirigido a obtener una afirmación o negación de la proposición en cuestión. Las estrategias guían la argumentación para ganar la disputa es por vía de la *demonstración* «a partir de cosas verdaderas o primordiales», o por vía *dialéctica* «a partir de cosas plausibles» (2008,I: 100a-b, 104a). Cuando Aristóteles trata de los silogismos, dice que existen los dos tipos fundamentales que son los *dialécticos* o *retóricos* los cuales «versan acerca de las cosas en torno a las cuales formulamos los *tópicos*» (2002: 1358a).

Tanto los *silogismos dialécticos* como *retóricos* sirven para la formulación de los *enthymemas*, es decir, sirven para producir silogismos que incluyen premisas verosímiles o probables y no del todo verdaderas. Los *enthymemas* son un tipo de *tópicos* que puede realizarse por la técnica de división, de utilización de contrarios, del uso de alguna analogía, de la oposición de dos cosas, etc. En este sentido, la dialéctica está emparentada con las técnicas de los *tópicos* pero, con la particular característica agregada sobre que el interlocutor debe probar la proposición no sólo formal, sino también respecto del contenido (Düring, 2005: 122). En síntesis, las estrategias son:

1. Razonamiento por *demonstración*: tienen credibilidad por sí mismos.
2. Razonamiento *dialéctico*: son plausibles para la mayoría o para los sabios.
  - *Erístico*: el que parte de cosas plausibles pero no lo son.
3. Razonamientos *desviados*: construcción a partir de supuestos que son característicos del conocimiento en cuestión, pero que no son verdaderos.

### *Problemas derivados de los predicables*

Los argumentos se construyen a partir de las proposiciones (enunciado declarativo del cual se puede decir si es verdadero o falso) en cuestión, y a partir de lo que indican dichas proposiciones surgen los problemas. La lógica de Aristóteles se puede considerar como una lógica de predicables, debido a que trata de analizar el carácter de la relación entre el concepto predicado y el concepto sujeto. Como lógica de predicables Aristóteles encontró cuatro problemas fundamentales que surgen tanto de la esencialidad o inesencialidad de los predicables respecto del sujeto, como de la coextensividad o no de los mismos:

1. La *definición*: «enunciado o explicación de un enunciado que significa el *qué es ser*». Se llega a una *definición* relacionando un género-especie con su género superior más la diferencia específica: hombre=animal racional. Predicado esencial y co-extensivo.
2. Lo *propio*: «es lo que indica *qué es ser* pero se da sólo en tal objeto y puede intercambiarse con él en la predicación». En este sentido los enunciados son intersustituibles si sus propiedades son equivalentes o las mismas. Predicado inesencial y co-extensivo.
3. El *género*: «es lo que se predica dentro del *qué es*, acerca de varias cosas que difieren en especie». Es un concepto-predicado que clasifica por medio de la relación

que guarda dicho concepto con los demás conceptos, si existe un concepto que lo subordina, otros coordinados, etc. Predicado esencial y no co-extensivo.

4. El *accidente*: es lo distinto de los anteriores «que puede darse y no darse en una misma cosa». En este sentido no se puede decir que sean las propiedades esenciales del objeto, aunque designe algo propio para la ocasión «está sentado-parado». Predicado inesencial y no co-extensivo (2008, I: 102a-b).

La *Retórica a Herenio* propone una quinta forma que alude a las *causas*, las cuales pueden ser: *a)* reales, *b)* conjeturales: exageran el punto, suscitan compasión o acusan al adversario de invención o rumores, *c)* legales: elogio, corroboración y confrontación de lo dicho en el texto con lo sostenido por el adversario, después se hace una refutación para finalmente explicar el texto presentando ejemplos y peligros (*ibid.*: III 6). Otra forma de argumentar es señalando que el argumento va contra las costumbres, la naturaleza y la equidad. También se puede aludir la injusticia, imposibilidad o absurdo de llevar a cabo en los términos sostenidos (*ibid.*: II 9).

Los argumentos se construyen a partir de la relación de los predicables antes mencionados. Para garantizar el contenido de los argumentos es necesario comprobar el contenido proposicional, sea formalmente a través del razonamiento, o estableciendo la verdad de la causa a través de la demostración. De acuerdo con la *Retórica a Herenio*, la argumentación más completa y perfecta es la que presenta cinco partes: *proposición (propositio)*, *demostración (ratio)*, *confirmación de la demostración, ornato (exornatio)* y *resumen (complexio)* (*ibid.*: II 18). Si bien esta forma argumentativa nace de la lógica aristotélica, se vuelve más compleja que el silogismo tripartito basado en premisas probables como el *enthymema* que se puede considerar como carente de alguna premisa pero con características expositivas que lo vuelven creíble. Lo importante de las formas de argumentación es saber cuáles inducen al oyente a tomar la misma determinación (Düring, 2005: 231).

Los problemas anteriores (*definición, propio, género y accidente*) que surgen de la esencialidad y coextensionalidad de los predicables respecto del sujeto, se realizan en la sintaxis a manera de tipos de predicaciones según las categorías de la lógica aristotélica:

1. Ousía o sustancia: «*qué es*».
2. Cantidad: lo medible, establecimiento de medidas como tiempo y espacio, «*cuanto*».
3. Cualidad: cualidades del ser, «*cual*».
4. Relación: estar dispuesto o con relación a, «*respecto de algo*».
5. Lugar: ubicación por denominación del lugar que ocupa o residencia, «*dónde*».
6. Tiempo: elementos causales o locativos, «*en algún momento*».

7. Posición: la indicación del verbo en tanto postura, «estar».
8. Posesión: propiedades o características, «tener».
9. Acción: indicación de la acción por el verbo, «hacer».
10. Pasión: voz pasiva, «padecer» (2000, I: 103b).

Las 10 categorías están dispuestas en grados que indican la predicación que van de la mayor a la menor *ousía*, de la predicación de un tipo de *ousía* de primer rango a las de segundo que en todos los casos indican ciertas propiedades del ser en cuestión. La tesis de Aristóteles es que siempre se va a encontrar el *accidente*, el *género*, lo *propio* y la *definición* en uno de estos tipos de predicaciones. Resulta importante señalar que la teoría indica un cambio del plano ontológico al semántico, ya que la relación entre el *género* y la *especie* no es suficiente para poder demostrar en absoluto qué es una cosa (*ibid.*, libro VI: 140a-140b, 1986). Por esto mismo, Aristóteles trata de conceptos predicados que determinan el significado de la *ousía*, basando el significado de un término en la comprensión e investigando empíricamente el uso del lenguaje (Düring, 2005; Solmsen, 1961; Benveniste, 2007).

Según el estudio que hace el sanscritólogo Benveniste, las categorías son esquemas referenciales de un término sujeto o predicado al que se le determina algún tipo de accidente que se expresan sintácticamente en una variedad de predicados, lo cual indica que las categorías del pensamiento en Aristóteles son derivadas de las categorías de la lengua griega: Las primeras 6 categorías son derivadas de las formas nominales o morfemas pronominales (qué, cuánto, cuál), preposicionales (respecto de), adverbiales (dónde, cuándo) como los adjetivos comparativos, etc. Las siguientes 4 categorías son derivadas según dicho estudio de las formas verbales, ya que indican el *hábitus* del sujeto por medio de los modos del ser o las voces del verbo griego (activa, pasiva y media).

### Las falacias

Aristóteles llamó sofismas (Σοφισμασ) a los argumentos que sólo son aparentemente verdaderos (2008a:164a). Los sofismas son razonamientos desviados que pueden refutar en función de la expresión, o del contenido. Cuando es en función de la expresión provoca una falsa apariencia como sucede en la *homonimia* o equivocación, la *ambigüedad* o anfibología, la *composición* o falsa conjunción, la *división* o falsa disyunción, la *acentuación* y finalmente la *forma de la expresión*. Estos dependen del lenguaje, por lo cual son llamados sofismas lingüísticos. En cambio, las refutaciones extralingüísticas son razonamientos desviados que refutan en función del contenido y presentan las causas siguientes:

1. Accidente o falsa ecuación del sujeto y el accidente.
2. *A dicto secundum quid ad dictum simpliciter* o confusión de lo relativo con lo absoluto.

3. La *ignoratio elenchi*.
4. La ignorancia del consecuente o conversión falsa del consecuente.
5. La petición de principio considerada en cinco tipos:
  - Postulación de lo mismo que se quiere mostrar.
  - Postulación universalmente de lo que se quiere demostrar particularmente.
  - La postulación particularmente de lo que se quiere demostrar universalmente.
  - La postulación de un problema después de haberlo dividido en partes.
  - La postulación de una de dos proposiciones que se implican mutuamente.

Partiendo de la propuesta de Aristóteles los tipos de falacias se han cambiado dependiendo de las escuelas ya que no son otra cosa que clasificaciones que se han hecho a lo largo de la tradición retórica. Sin embargo, lo importante en el análisis de los argumentos es que se pueda ubicar en el discurso aquellos que no se rigen bajo el criterio de lo verdadero. La escuela «escolástica» manejaba ya formas de nombrar a los tipos de sofismas: *ad puopulum*, *ad ignorantiam*, *ad hominem*, etc. La escuela inglesa ha acuñado tradicionalmente el término falacias (*fallacies*), desde John Locke, pasando por Jeremy Bentham, hasta las introducciones a la lógica actual (Irving Copi, Ferrater Mora, Alfredo Deaño, etc.).

### *Formas de superar los problemas de argumentación y falacias*

Si bien los tipos de falacias varían de un autor a otro la mayoría coincide en ciertos principios básicos o directrices generales que impiden caer en ellas, que a grandes rasgos es la concordancia de las referencias y el seguimiento de reglas del entendimiento. Afortunadamente para el análisis existe sistematicidad en las formas de argumentos, debido a que los rasgos que los rigen coinciden con la forma de mantener la *coherencia* y *cohesión* en un texto:

1. En un discurso argumentativo es necesario poner en claro a que se refieren o se referirán con lo que se dice.
2. Se debe de mantener el tema o tópico para evitar las confusiones.
3. La coherencia de un discurso debe de ser explícita, de forma tal que no queden cuestiones implícitas que permitan la confusión o engaño.

Para mantener la unidad del texto es necesario tener en claro las referencias, los *tópicos* y las relaciones entre los enunciados o la ilación del discurso, de manera tal que se tenga en claro la función que cumplen dentro del todo, si están en función predicativa, adversativa, etc., si son aclaraciones, contradicciones, conclusiones, etc. De esta manera, las funciones *pragmática* y *semántica* se integran necesariamente al análisis de los argumentos, ya que son las que se encargan de hacer referencia y significación tanto endógena, como exógena al texto. Sin estas disciplinas, el análisis



quedaría incompleto o podrían inventarse las unidades de análisis, como sucede con las reelaboraciones proposicionales de la lógica formal o la «semántica generativa».

### *La nueva retórica de Chaim Perelman y Lucie Olbrechts-Tyteca*

La base conceptual de Perelman y Olbrechts-Tyteca en su *Tratado de la argumentación. La nueva retórica*, propone el análisis de argumentos o de *elementos retóricos* basándose en dos principios: del *juicio analítico* y del *principio de evidencia*.

1. Los *juicios analíticos* son los juicios que por necesidad formal derivan la verdad de las premisas debido a que el contenido proposicional está implícito en la aseveración.
2. En cambio el *principio de evidencia* se refiere a la «verdad de hecho» de manera que es verdadero lo que se presenta de forma obvia.

Para Perelman la elaboración de argumentos comienza o se necesita cuando no se encuentran las evidencias de manera clara, o cuando la verdad no se deriva de las premisas, por lo mismo considera la argumentación como un trabajo estratégico que busca formas de *adherir* o *persuadir* a un público hacia una tesis o aseveración que se sostiene en el diálogo.

Escandel (1996) y Fuentes (2000) complementan la propuesta de Perelman al incluir la argumentación como parte inherente al texto. Para estas autoras la argumentación funciona como mecanismo de cohesión textual más allá de la frase, independientemente de que sea parte de un discurso lógico o retórico, o las relaciones que presentan los dos tipos de discursos. Esta misma tesis es sostenida por Adam (1986, 1992) y Bateson (1966) al señalar que la argumentación es una función con autonomía propia que está orientada a «hacer creer» o «hacer hacer» al interlocutor. El análisis se centra así en la manera en que organiza la información desde la elección de los morfemas hasta la *cohesión* y *coherencia* del texto. Esto es algo que en cierta medida era ya considerado por Aristóteles en la *Retórica*, porque hacía uso de la *dialéctica* que unía sistemáticamente a las teorías: de la elocución, de la composición del discurso y la teoría de la argumentación. La propuesta de análisis de Escandell la llaman «pragmalingüística» o «lingüística pragmática», y lo que postula es que no se puede hacer lingüística sin considerar a la pragmática porque la lengua es lengua en uso y la unidad de análisis es el enunciado. Esta propuesta es similar a la de Bajtin ya que considera al enunciado como «la unidad real de la comunicación discursiva» (1982: 260).

### *Análisis del lenguaje a partir del desarrollo de la pragmática*

La pragmática por mucho tiempo se vio como algo extralingüístico, por lo mismo se dejaba de lado como objeto de estudio de la lingüística a pesar de que se aceptaba que influía en ésta. Por mucho tiempo se aceptó que existían elementos que afec-

taban en la forma de emisión de la lengua pero no se le dio el estatus de lingüístico, incluso hasta ahora es difícil asignarle un lugar a la pragmática. Las propuestas de la filosofía del lenguaje (Locke, Frege, Strawson, Carnap, Wittgenstein, entre otros), pero en especial los trabajos de Austin (1962) y Searle (1980) dieron pauta a la investigación sobre la pragmática postulando los llamados «actos de habla» y los elementos situacionales que influyen en el discurso. Por su parte las investigaciones hechas en la lingüística, una vez que comienzan a enfocarse desde el punto de vista descriptivo, comienzan a interesarse en las funciones que pueden cumplir los elementos gramaticales. El resultado de dicha investigación fue que se encontraron a los elementos discursivos ligados a la lengua escrita como el resultado de un proceso de gramaticalización de procedimientos de organización retórica del discurso presentes en la lengua hablada, a pesar de que desde un punto de vista sincrónico los elementos discursivos se encuentran como parte del sistema.

Los primeros trabajos que iniciaron una apertura de los límites lingüísticos fueron los de Halliday y Hasan al proponer que la llamada *coherencia discursiva*, no está del todo relacionada con los límites oracionales, ya que es una relación semántica entre un elemento del texto y otro elemento que puede no estar determinado por su estructura gramatical, sino por la situación del discurso (1976: 8). También Givón (1979) aportó hacia esta orientación al demostrar que el discurso está estructurado sintácticamente.<sup>7</sup>

La lingüística actual considera como un *universal del lenguaje* a la posibilidad de reproducir un discurso, lo cual indica que todas las lenguas tienen recursos lingüísticos para producirlo. Las llamadas *coherencia* y *cohesión* son dos de las funciones principales de la producción textual, los elementos que dotan de *coherencia semántica* se realizan de distintas maneras en cada lengua pero siempre utilizan estructuras sintácticas para hacer alusión a elementos situacionales. Todo parece indicar que los elementos pragmáticos tienen que ver con las funciones cognitivas del hablante (Cuttica, Buciarelli y Bagar 2006; Siegal y Valery, 2002). La *coherencia* es una propiedad global de los sistemas cognitivos y su análisis atiende tanto a elementos de estructura interna, como a elementos dinámicos y de construcción en acuerdo a la situación del discurso (Rickheit y Strohner, 2008).

Los fenómenos que han sido estudiados dentro de la pragmática son los conectores pragmáticos (Rubatell, 1983), la modalidad e instrucciones argumentativas (Ducrot, 1980) y las intenciones que tiene el autor con respecto de lo que dice o enunciados de acciones,<sup>8</sup> que no es otra cosa que el fenómeno estudiado como *im-*

---

<sup>7</sup> Haiman y Thompson (1988) constataron lo mismo en lenguas de Centroamérica y notaron que a pesar de la inexistencia de los conectores textuales en dichas lenguas, también se encontraban elementos de la gramática en las narraciones orales.

<sup>8</sup> Desde la neurociencia: Rizzolatti y Sinigaglia, 2006; Cuttica *et al.*, 2006. Desde la lingüística: Anscombe, 1981; Austin (1962) Searle, 1969.

*plicatura*. Esto puede tener un correlato objetivo en el aporte de la neurociencia con el estudio de las llamadas «neuronas espejo» y también con el estudio de la función del área prefrontal del cortex, que se especializan en el reconocimiento de las intenciones de los otros y de los objetos en tanto aplicables a un esquema de acción posible, el cual es previo al tratamiento verbal.

*Procesos del cerebro implicados en la pragmática.* El desarrollo de las nuevas tecnologías especializadas en el estudio de los procesos cerebrales ha permitido explicar con más elementos las áreas implicadas para cada función. Las técnicas de medición y registro en neurociencias van de acuerdo a la sintomatología y generalmente se aplican para lesiones cerebrales los siguientes criterios: *a)* potenciales evocados (para bebés) con tonos; *b)* potenciales relacionados a eventos (ERPs): 10-20% de la actividad neuronal impedida por barreras físicas (electroencefalograma); *c)* tomografía por emisión de positrones (PET); *d)* resonancia magnética y funcional (fMRI) 1cm<sup>3</sup> de resolución; *e)* psicopatologías: estudia los trastornos que influyen en la interpretación de enunciados teniendo como meta el uso interactivo de la lengua para comunicarse.

La mayoría de los protocolos de investigación implican un grupo de control para estudiar y comprender el proceso y síntomas de las lesiones o enfermedades, gracias a dichos análisis de las funciones cerebrales se han podido estudiar cómo funciona el cerebro también en condiciones ordinarias. Para el caso de las asambleas de neuronas que realizan funciones pragmáticas, el área prefrontal del cortex en el hemisferio derecho está especializada en ellas. En las lesiones de dicha área se pierde la capacidad de apoyarse en el contexto para la interpretación o comprensión del significado, lo cual deja al paciente en un nivel meramente sintáctico o literal, dejando dañadas las demás funciones del lenguaje como la *poética, metafórica, anafóricas, deícticas...*<sup>9</sup> (Martin y McDonald, 2003). Los pacientes con daño en el hemisferio derecho son incapaces de adecuar el mensaje al oyente y la situación, lo cual se interpreta como incapacidad para «ponerse en el lugar del otro».

El cerebro tiene la capacidad para «resonar» ante la percepción de rostros y gestos ajenos y después codificarlos inmediatamente a través del proceso que activa las neuronas espejo del cortex premotor, enviando inmediatamente una copia del *pattern* de activación (copia aferente) a las zonas somato sensoriales e ínsula donde se integra el *pattern* o *input* para activar el sistema visceromotor<sup>10</sup>

---

<sup>9</sup> Los pacientes con esquizofrenia, síndrome de Tourette presentan manifestaciones similares (Martin y McDonald, 2003).

<sup>10</sup> Una característica importante del cortex premotor es que se especializa en codificar información de acciones posibles independiente y previamente a la actividad lingüística. Así, una taza de café es susceptible de ser tomada del asa, levantada, o de utilizar otro esquema de acción (Rizzolatti y Sinigaglia, 2006); (Varela y Rosch, 2005).

(Rizzolatti y Sinigaglia, 2006). La actuación subsiguiente puede ser en concordancia o no del reconocimiento de las emociones de los otros, la cual depende en buena medida del conocimiento del mundo y de la voluntad que tenga el individuo. La modalidad del comprender las acciones de los demás presta forma a nuestra experiencia de los acontecimientos, de esta manera se actualiza y consolida la coparticipación empática que orienta nuestras conductas y nuestras relaciones interindividuales.

Varela explica la capacidad de ponerse en el lugar del otro a través de lo que llama «empatía» que es una capacidad constitutiva del hombre, y lo explica diciendo que el carácter despierto de una *conciencia abierta* permite la impermanencia de una conciencia individual, el resultado de un actuar en el mundo de esta manera es un estado de «vacío que se desborda», ya que la experiencia es plena en la medida en que se puede tener la capacidad de permanecer abierto al otro (Maturana y Varela, 2003; Varela, Thompson y Rosch, 2005). Esto no se puede descubrir de otra manera que aceptando la naturaleza desunificada de la experiencia humana, a partir del conocimiento de uno mismo y de los otros, para lo cual tendríamos que dejar de pensar a partir de dualidades cartesianas.

El proceso de la percepción y respuesta en un evento comunicativo resulta bastante complejo, en él están implicados la comprensión de gestos y de la situación, procesos cognitivos (esquemas de acción), de conocimiento del mundo, etc. Primeramente la percepción se logra gracias a que el sistema motor (ubicado en la parte anterior del cerebro) se activa previamente para que la experiencia se procese como tal, y la postura que se adquiere en dichas situaciones (o la intensión que se prepara) es lo que le da sentido a la percepción (Rizzolatti y Sinigaglia, 2006).<sup>11</sup> Todo procesamiento del comportamiento verbal es el resultado de un acto global, esto quiere decir que tanto el hemisferio derecho como el izquierdo contribuyen al manejo y representación de la comprensión y respuesta de un acto comunicativo (Cuttica *et al.*, 2006).<sup>12</sup> Las investigaciones actuales han llegado a descubrir un tipo de neuronas especializadas en la comprensión del significado de las acciones ajenas (gestos, posturas, movimientos),

---

<sup>11</sup> La situación idealizada de que la percepción llega, después se analiza y le da una respuesta está muy lejos de ser lo que en realidad sucede en las situaciones reales, dado que implican factores emocionales, del contexto y culturales para el tipo de intercambio y los procesos que se implican en ella.

<sup>12</sup> El oído humano, por ejemplo, no está localizado en una sola parte del cortex, sino que está en un proceso descentralizado y es el resultado de una concurrencia de muchos subsistemas que va del flujo permanente de: recepción del *input*, de la biomecánica, de la organización del estímulo, de lo emocional, de lo postural, de lo léxico, etc., lo cual es la manifestación de la respuesta global del cerebro o del conocimiento incorporizado.

y son las llamadas: *neuronas espejo*, las cuales se encuentran en mayor cantidad en la corteza pre motora, la zona de Broca y el lóbulo parietal inferior.

Las transformaciones visual motoras operadas por neuronas de la zona intraparietal anterior (AIP) y la zona frontal posterior F1-F5 –las cuales reciben su principales aferencias corticales del lóbulo parietal–, indican el «ver» que guía las acciones. Estas neuronas están basadas en la selección automática de las estrategias de acción a partir del conocimiento incorporizado o patrimonio motor, el reconocimiento de las actuaciones y de las intensiones con que se lleva a cabo dicho acto e implica con ello al reconocimiento del contexto, pero lo interesante es que el reconocimiento del acontecimiento es previo a toda mediación reflexiva, conceptual o lingüística (Rizzolatti y Sinigaglia *et al.* 2006). Esto es también una manera de codificar inmediatamente el objeto percibido como un conjunto determinado de acción posible: «ser asible», «comible», «prensable de cierta manera», etc. Las neuronas AIP y F5 reaccionan al significado que encierra el estímulo para el sujeto en particular, lo cual equivale a un «comprender» pragmático. Estas neuronas responden a rasgos de los objetos como la forma tamaño y orientación, y su selectividad es eminentemente base para reaccionar o actuar lo cual es la materia de análisis para la pragmática.<sup>13</sup>

*Teoría de los actos de habla.* Los aportes de los filósofos del lenguaje han sido igualmente cruciales para la comprensión del fenómeno de la argumentación y son ya considerados como parte de la lingüística. El objetivo principal de autores como Austin, Searle, Grice y Ducrot es el reconocimiento de cómo se expresan lingüísticamente las posiciones del hablante con respecto del valor de la proposición, o a la actitud de los participantes en el acto de enunciación.

*La teoría de los actos de habla de Austin:* la teoría de los actos de habla revalora el lenguaje corriente, y lo hace porque encuentra que es un recurso o herramienta que el paso del tiempo ha ido puliendo adaptándolo a las necesidades o tareas de cada momento, en este sentido es considerada como «la primera palabra». El estudio que hace es del significado lingüístico el cual no debe excluir todos los tipos de oraciones, porque lo que Austin busca es «el valor de ser verdaderas o falsas» y éstas son propiedades de los enunciados y no de las oraciones. Austin reconoce en

---

<sup>13</sup> John Dewey (1950) hace una aportación en este sentido cuando distingue al «saber qué» del «saber hacer», el primero es un contenido intensional al cual se refiere el acto, el segundo es distinto porque se refiere a lo que se hace («know that», «know how»). El «saber que» puede ser reconocido gracias a la labor de las neuronas que se encargan del reconocimiento del *dónde* y *cómo* de los objetos, lo cual se codifica de forma tal que influye en el acto global de las situaciones comunicativas, aunque es previo a la respuesta lingüística.

el lenguaje cotidiano una gama de matices intermedios entre lo verdadero y lo falso de la correspondencia de un enunciado con un hecho, y encuentra que lo falso es la correspondencia incorrecta al hecho (1981: 128, n.24).

El problema con el lenguaje cotidiano es que no es exclusivamente descriptivo, ya que la descripción de los estados de cosas en el mundo y la trasmisión de información no es la única función del lenguaje.<sup>14</sup> De hecho, en el uso del lenguaje no todo es correspondencia con el hecho, las intenciones que tiene el hablante y el propósito con que se describe la realidad es importante. Si bien los enunciados suelen ajustarse a hechos, lo hacen «laxamente, de diferentes formas en diferentes ocasiones para diferentes intentos y propósitos» (*ibid.*: 129). Así, Austin postula que hay una adecuación del enunciado a las circunstancias en que se emite y apunta al estudio de las variables situacionales que influyen en la adecuación de los mismos. Para ser precisos, la oración es un tipo de estructura gramatical y abstracta, en cambio el enunciado es la realización concreta de una oración emitida por un hablante concreto en situaciones determinadas.

Las oraciones en cuanto a unidades gramaticales, sólo se pueden evaluar en términos de estructuras gramaticales o formales y no en términos de verdad o de falsedad que corresponden a los enunciados, los cuales son tipos de acciones («se hacen»). La verdad es una noción de naturaleza extra gramatical porque depende de «una situación, evento, o lo que sea histórico» (*ibid.*: 120-121), por lo que es una cuestión del uso particular que se da a la oración. Cada una de las emisiones de una misma oración constituye un enunciado diferente porque la situación o evento cambia, así como los roles también cambian. Para evitar la confusión al respecto Austin postula la teoría de los *enunciados realizativos* (*performative utterances*), los cuales se oponen a los *enunciados constatativos* porque éstos sí describen estados de cosas, por lo cual se puede postular su verdad o falsedad. Lo más característico del *enunciado realizativo* desde un punto de vista gramatical es que presenta una asimetría entre la primera persona del presente de indicativo y las otras personas del mismo verbo (*ibid.*: 105). Puede no haber diferencia tajante entre los actos realizativos y los constatativos, ya que el acto realizativo puede hacerse explícito o implícito por medio de una paráfrasis (*gire!- le ordeno que gire; yo giraría-le aconsejo que gire*), y generalmente se califica como adecuada o falsa dependiendo del contexto. En general los *enunciados realizativos* pueden lograr un acto adecuado a la situación y se usan para las acciones convencionalizadas, que se generan con la pronunciación de determinadas palabras y que pueden estar más o menos ritualizadas.<sup>15</sup> De ahí que las palabras en este sentido necesiten condiciones

<sup>14</sup> Jakobson acierta en este sentido al decir que existe una función poética del lenguaje, función que interviene en el habla cotidiana.

<sup>15</sup> Un ejemplo de ello serían las inauguraciones o la solidaridad empática: «Declaro formalmente inaugurada...»; «recibe mi más sentido pésame».

especiales de emisión dependiendo del contexto y que el éxito de la acción se cumpla cuando se dan las condiciones de enunciación.

*La teoría de los infortunios*: la llamada «teoría de los infortunios» de Austin no es otra cosa que los fallos en las condiciones requeridas para las acciones. El hecho de que los actos tengan la particularidad de ser convencionales permite los infortunios y pueden tener consecuencias que sobrepasan lo lingüístico llegando a lo legal, moral, etc. Al conjunto de *infortunios* que producen actos huecos lo llama abusos y presentan los siguientes tipos:

1. *Infortunios por desaciertos* producen actos nulos o carentes de efecto por:
  - *Mala apelación al procedimiento*, si el fallo está en las condiciones A o si el fallo se encuentra en las reglas B.
  - *Las malas ejecuciones* tienen que ver con la realización de los pasos requeridos en la secuencia adecuada: B.1 si es una inversión del orden; si omite alguno de los pasos, B.2.
2. Los *actos huecos* se producen cuando los actos violan las reglas de contenido (Γ) pero son aparentemente válidos en la forma externa, y los hay de dos tipos:
  - *Actos huecos insinceros*, los cuales se producen cuando se intenta un acto pero de forma simulada.
  - *Acto hueco de incumplimiento* el cual se produce cuando no se cumple una promesa.

Habría que mencionar aquí que las acciones se pueden confundir con los enunciados, en este sentido es necesario disponer de algún método que nos ayude a evitar dicho riesgo. El aporte de John Searle (1969) es importante en esta flaqueza de la teoría de Austin (1962) porque sirve para resolver el problema de las relaciones entre enunciados y acciones. Searle hace la siguiente distinción:

1. Análisis del acto de emisión de palabras que presentan una función enunciativa la cual se cumple debido a que el enunciado es el acto locutivo por medio de oraciones.
2. Acto proposicional. Unión de referencia y una predicación: *indicador proposicional*.
3. Acto ilocutivo. Fuerza o sentido con que debe interpretarse la proposición: *indicador de fuerza ilocutiva* enunciar, preguntar, mandar, prometer...

La idea de la existencia de un *realizativo implícito* dio lugar a la *hipótesis realizativa*, la cual consiste en identificar la parte no proposicional del significado de la oración con el acto realizado al emitirse, y propugna una representación sintáctica para la *fuerza ilocutiva*, lo cual enlaza a la pragmática con la sintaxis (Escandell,

1996: 67). La distinción entre *enunciados realizativos y constataivos* sugiere la presencia de un *continuum*, dado que existen aquellos que comparten rasgos o elementos comunes dependiendo de la acción.

El *acto locutivo* es «la emisión de ciertos ruidos, de ciertas palabras en una determinada construcción, y con un cierto 'significado'» (Austin, 1962: 138), en sí dicho acto lo realizamos por el mero hecho de decir algo y puede ir acompañado de actos *ilocutivos* y *perlocutivos*. Descompuesto el acto locutivo incluye: el *acto fónico*, el *fáctico* (emitir palabras pertenecientes al léxico) y el *rético* (emisión con sentido y referencia definidos, con significado). El acto *ilocutivo* es el que se realiza al decir algo con cierta «fuerza», es decir, trata de establecer la forma en que se está usando el enunciado pero depende de una serie de factores externos. El *acto perlocutivo* es el que se realiza por haber dicho algo, es decir, logra producir ciertos efectos sobre el auditorio. Por ejemplo:

Me dijo: «dáselo a ella»	<i>locutivo</i>
Me aconsejó que se lo diera a ella	<i>ilocutivo</i>
Me convenció de que se lo diera a ella	<i>perlocutivo</i>

Por medio de tal distinción se trata de resolver el problema de las relaciones entre enunciados y acciones. Sin embargo, como en toda clasificación o tipología la teoría se topa con que la presencia de puntos de contacto entre los *actos ilocutivos* con los *realizativos*, sólo que en los realizativos el acto resulta un tanto inequívoco al ser explícito, cosa que no se puede corroborar en los *ilocutivos*, que pueden ser implícitos. En cambio los actos perlocutivos no siempre pueden ser explícitos porque pierden la capacidad de producir el efecto o causa otro deseado. Por ejemplo: «me divorcio de ti»; «te asusto de que es peligroso». En sí, todos los tipos de enunciados pueden producir infortunios, ya que el destinatario puede no recibirlo de manera ajustada al acto, así como la enunciación y el contexto pueden no ser apropiados para ejecutar algún acto.

*Searle y la teoría de los actos de habla*: los trabajos de Searle continúan las investigaciones empezadas por Austin, pero las desarrolla hasta sus últimas consecuencias llegando a tener puntos cercanos con la filosofía. La hipótesis que sirve de base para su teoría es que «hablar una lengua es tomar parte en una forma de conducta... gobernada por reglas» (1980: 22), reconociendo así que una teoría del lenguaje forma parte de una teoría general de la acción, además de que toda actividad lingüística es convencional.

... hablar una lengua consiste en realizar actos de habla... y más abstractamente, actos tales como referir y predicar, y, en segundo lugar, que estos actos son en general posibles gracias a... ciertas reglas para el uso de los elementos lingüísticos (*ibid.*: 25-26).



Establece en este sentido al acto de habla como la unidad mínima de comunicación lingüística, lo cual dirige la atención a la realización de las oraciones, y sólo cuando esto se da se puede hablar de una unidad de análisis. Las actitudes influyen para que el acto de habla se realice con cierto éxito, de hecho exigen ciertas reglas que hacen claro cuál es la «meta del juego». Es decir, las reglas son diferentes y se establecen a partir de las convenciones de las actividades sociales, y los fallos no son más que errores en la aplicación de las reglas.

La emisión literal de una oración con un significado preciso en cierto contexto constituye la realización de un *acto de habla*, pero apunta Searle que también el hecho de que existan «...oración(es) posible(s), cuya emisión, en cierto contexto, *constituiría*, en virtud de su significado, una realización de ese acto de habla» (27).

Hay una identificación extrema entre la *fuerza ilocutiva* y *forma lingüística* que desdibuja y borra la barrera artificial entre semántica y pragmática, por lo mismo Searle incluye a ambas disciplinas en el proceso de realización de los actos de habla. En este mismo sentido Escandell afirma que la manifestación de la lengua se encuentra permeada por los factores ilocutivos: «la fuerza ilocutiva pasa a ser una parte constitutiva de la caracterización sintáctica de las estructuras oracionales» (Escandell, 1996: 67).

Así, la propuesta de Escandell determina que todo acto de habla tiene una estructura lingüística y que la fuerza ilocutiva es parte de la forma sintáctica a elegir entre todas las posibles para su realización en una situación concreta.

Para Searle el significado de cualquier oración se analiza en dos partes –y con ello, el acto ilocutivo se presenta de manera genérica como una función– entre una fuerza ilocutiva (variable) y un contenido proposicional: F (p), donde F puede tomar diferentes valores:

†	aserción: † (p)	Pr	promesa: Pr (p)
!	petición: ! (p)	?	pregunta gral (si/no)

Los juegos del lenguaje se dan como una especie de combinación de los *finés ilocutivos* (*illocutionary point*), es decir, de cosas que se hacen con el lenguaje:

Hay un número más bien limitado de cosas que se hacen con el lenguaje: decimos a la gente cómo son las cosas (actos asertivos); tratamos de conseguir que hagan cosas (actos directivos); nos comprometemos a hacer cosas (compromisos), expresamos nuestros sentimientos y actitudes (expresivos); y producimos cambios a través de nuestras emisiones (declaraciones). A menudo, hacemos más de una de estas cosas a la vez (Searle, 1980: 29).

Respecto de este punto cabe aclarar a qué se refiere Searle cuando habla en términos de «cosas», si con este término se puede describir, comprometer, expresar sentimientos, conseguir algo, o producir algún cambio, entonces Searle se está refiriendo a la actividad verbal en términos generales, es decir, se refiere con ello a la realización de la lengua con fines específicos y en el habla cotidiana. Con este cambio del punto de vista, lo que logra Searle es que se contemple a la lengua desde el uso, cosa que autores como Eugenio Coseriu, Wittgenstein y otros, también lo hacen.

El caso de la proposición es de especial interés para Searle y Austin quizá debido a la tradición académica inglesa, pero el hecho es que le dedican la mayor parte de su trabajo al análisis de las mismas con el fin de describir los fenómenos de comunicación bajo el criterio de la adecuación a la situación.

Desde un punto de vista tradicional la proposición consta de sujeto (R) y predicado (P), por medio de ella se pueden realizar actos de referir y predicar en función del contenido:

F (PR): *Juan viene; Prometo que Juan viene; Que venga Juan!; ¿Viene Juan?*

Que según Searle se representan:

⊢ (VENIR, Juan); Pr (VENIR, Juan); ! (VENIR, Juan); ? (VENIR, Juan)

Lo cual presenta ventajas para representar operadores como las negaciones y el contenido proposicional. Por ejemplo:

«Prometo no venir».  $\neg$  Pr (p); Pr ( $\neg$ p)

En el caso de meras enunciaciones sólo queda la función posible a llenarse con alguna forma pero de ella no se puede decir afirmación o negación alguna en términos proposicionales veritativo funcionales. Por ejemplo:

Ay!= F; Viva el Boca! = F (n) [representa la frase nominal]

Sin embargo, cuando se introduce una parte que anuncia la entrada de un acto de habla, la función puede representarse como sigue:

¿«Prometo venir» = Pr (VENIR, yo), o ⊢ [PROMETER (VENIR, YO)]?

La *hipótesis realizativa* ya mencionada pugna por una representación sintáctica de la identificación de la parte *proposicional del significado* de la oración con *el acto*

*de habla*. Con ello se recupera el significado en contexto, pero con la condición de que la transformación no modifique el significado. Esta propuesta llevó después a algunos autores (Chomsky, Pinker y otros) a creer en la existencia de alguna «estructura profunda» de la oración, por motivo del cual querían completar la forma sintáctica por medio de la forma proposicional, lo cual llevó a confusiones entre la forma gramatical y la forma proposicional. Pero, como en muchas otras disciplinas esto no es más que una confusión entre la forma y la figura, la forma que el fenómeno con sus propiedades, con la figura que es una representación abstracta pero ya sistematizada o relacionada con conceptos de ordenación.<sup>16</sup>

*Condiciones de adecuación de los enunciados para salvar los errores pragmáticos*: la teoría de Searle trata de evitar el equívoco proponiendo una serie de condiciones de la adecuación de los enunciados:

1. *Condiciones de contenido proposicional*: características significativas de la proposición empleada para llevar a cabo el acto de habla (la referencia incluye la temporalidad).
2. *Preparatorias*: las que se necesitan para darle sentido a un acto ilocutivo (incluyendo el poder).
3. De *sinceridad*: centradas en el estado psicológico del hablante que expresan lo que debe o siente en realidad.
4. *Esenciales*: la emisión del contenido proposicional en las condiciones adecuadas cuenta como la realización de un tipo de acto de habla.

De igual forma como Austin lo proponía, Searle dice que cuando no se cumplen las condiciones anteriores hay una especie de *infortunio* que varía en sus consecuencias de acuerdo a la regla infringida (nulidad o vacío), lo cual se podría explicar desde la teoría kantiana del juicio, que dice que cuando los conceptos se relacionan con los conceptos puros de la intuición (espacio y tiempo), entonces logran el efecto o tienen la fuerza para lograr algo (o no son defectuosos en la forma). Por su parte los conceptos puros de la intuición son plenos cuando se relacionan con conceptos derivados o abstraídos de la percepción.

Una de las principales críticas a la teoría de los actos del habla es que el significado pragmático se analiza en categorías abstractas, y cuando éstas se aplican a las

---

<sup>16</sup> Aquí cabría distinguir el carácter del fenómeno, en el cual intervienen factores de percepción y ordenación de la información por medio de estructuras que van en acuerdo al desarrollo ontogenético, las cuales como ya se sabe no son universales (se aceptan «tendencias a»). Pero esto desviaría bastante el enfoque del trabajo, por lo cual lo dejaré para retomar en algún momento de investigación futuro.

realizaciones concretas pueden presentar problemas de límites. Otro posible problema dentro de la teoría es que no considera los actos ilocutivos que no tienen un significado literal, de hecho se presentan debilitando alguno de los elementos de la relación, forma gramatical-acto ilocutivo, lo cual es llamado *acto indirecto*. Algunos llegaron a proponer que lo que variaba era el predicado realizativo abstracto del que depende la oración. Gordon y Lakoff (1974) establecen ciertos tipos de reflejos de la condición, la cual se logra gracias a la variación de la forma gramatical por el contexto que impide la literalidad. Sin embargo Searle desecha la propuesta a favor de una simplicidad de la estructura de análisis.

El hablante comunica al oyente más de lo que dice basándose en la información de fondo compartida, tanto lingüística como no lingüística, y en los poderes generales de raciocinio e inferencia del oyente (Searle, 1980: 60-61).

Otros autores como Morgan (1978) sostienen que los actos indirectos son tipos de actos convencionales, es decir, usados para ciertos cometidos, lo cual implicaría que la lengua estuviera gobernada por dos convenciones: la lingüística y la otra que estaría entre lo gramatical y lo pragmático-natural (*implicaturas cortocircuitadas*). Tomaré en cuenta también los aportes de la escuela de Ginebra para fines del ordenamiento y análisis de los datos (Roulet, 1997; Adam, 1990; Rubattel, 1990). Sin embargo, los aportes y correcciones que hacen Fuentes y Escandell a dicha escuela son imprescindibles, ya que tienen la particularidad de que retoman el análisis desde un punto de vista pragmático, es decir, describen los componentes internos de la comunicación en interrelación con los externos, estudiando con esto las instrucciones o determinaciones del uso que conlleva una expresión.

El lenguaje como una conducta comunicativa real puede ser explicado si es tomado como un sistema interactivo (Beaugrande y Dressler, 1981: 32), es decir, el discurso es tomado como un acontecimiento lingüístico-textual-situacional que interrelaciona todos los elementos que intervienen en el acto comunicativo. Si bien Benveniste (2007) considera el enunciado como un acto individual, si adoptamos la concepción sociológica de Bajtin (1982), podemos considerar que los discursos de los enunciadorese se producen en contextos estereotipados en el cual influyen factores históricos e ideológicos-institucionales que inciden en la forma y contenido de los mismos.

## [IV]

### ANÁLISIS DE ARGUMENTOS DEL DISCURSO MÉDICO

#### *Descripción del corpus*

El *corpus* esta tomado de la consulta pública del Centro Médico de Occidente del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Son transcripciones de grabaciones hechas en consulta con el consentimiento del médico que atiende, más no del paciente. El volumen total es de 30 grabaciones y fueron transcritas con el sistema de escritura convencional, salvo en los casos del análisis de las funciones pragmáticas en que se utilizó el sistema desarrollado por Gail Jefferson y los llamados «analistas conversacionales» (CA), que son convenciones adoptadas por la American Sociological Association, hechas por uno de los principales arquitectos del CA, Emmanuel Schegloff.

#### *Proceso de selección del material*

Se seleccionaron las consultas que tienen que ver con especialidades médicas, las cuales atienden enfermedades complejas en etapas avanzadas. La particularidad que presentan estas consultas es que el médico se enfrenta a situaciones donde tiene que comunicar al paciente el tratamiento y diagnóstico de la enfermedad. Principalmente se seleccionaron las grabaciones que muestran las formas de argumentar y dialogar de los médicos, dejando de lado las consultas donde no se dialoga al respecto.

El registro fue tomado en un período de un año de forma aleatoria en la atención de especialidades médicas. La consulta pública atiende unos 30 pacientes por médico, hay alrededor de 4 médicos encargados de esto por especialidad; las especialidades son alrededor de 10, por lo que el número se multiplica a 1 200 pacientes por turno. La muestra equivale a 2.5 % del total de atendidos en un día, lo cual es ya representativo para fines de investigación.

## *Herramientas teóricas para el análisis del corpus*

Con base en el marco teórico desarrollado anteriormente (cap. III) expondré las formas más usuales de argumentar en el discurso médico. La ventaja de considerar al discurso como parte de la retórica es debido a que engloba los conceptos operativos propios del análisis: *tropos, tópicos, metáforas, argumentación y falacias*. La retórica permite tomar en cuenta la manera en que se ordena y maneja la información que se transmite, en este sentido es más fiel al discurso cotidiano porque considera a la comunicación discursiva como un proceso de construcción dinámica que se adecúa al *auditorio* (*interlocutor* en pragmática). El análisis pragmático por su parte, nos ayuda a comprender en general cómo se organiza la información implícita en todo proceso de comunicación, y en particular nos ayuda a entender el fenómeno de la argumentación. Tanto la pragmática como la retórica sirven para lograr la cohesión textual, además de que funcionan facilitando el acceso y comprensión de la información que se comunica. En el análisis de los datos tomaré en cuenta los métodos de la lingüística pragmática y de la lingüística del texto en general.

### *Análisis del corpus*

Para el análisis del *corpus* tomo las formas de argumentar más recurrentes y presento algunos ejemplos representativos.

Todas las consultas están estructuradas de la siguiente manera:

Quince minutos por paciente, los primeros 5 están dedicados al llenado del registro (véase Anexo), que puede ser considerado como el *exordium* en el modelo clásico dado que tiene un carácter preparatorio y sirve como forma de introducción del paciente en el problema. Los siguientes 5-8 minutos están dedicados a la exploración del paciente, es aquí donde se pueden encontrar nuevas evidencias que pueden contradecir la tesis sostenida por el médico hasta entonces. Finalmente los últimos 2-5 minutos están dedicados a informar sobre el procedimiento a seguir, es decir: posibilidades de evolución de la enfermedad, pasos a seguir en el protocolo, instancias, etc.

### *Estructura del discurso*

El discurso estudiado como una instancia de comunicación con interacciones naturales mantiene una función argumentativa (Adam, 1986; Bateson 1966) que está orientada a «hacer creer» o «hacer hacer» al interlocutor<sup>1</sup> al tratar de persuadir o convencer al otro de lo que se dice. La propuesta de Grootendorst (Van Eemeren y

---

<sup>1</sup> Para Jakobson la función argumentativa se encuentra dentro de la *apelativa* o *conativa* (1960, cap. 12).

Grootendorst, 1992) indica que el discurso argumentativo pasa por cuatro etapas: a) *confrontación*, b) *apertura*, c) *argumentación* y d) *clausura* (*ibid.*: 1.5.1). El problema con esta teoría es que, si bien ubica el proceso en el cual se encuentra la disputa, opta por descartar los actos de habla disruptivos o superfluos, en este sentido es regulativo y sólo sirve para jueces o moderadores, caso que no se presenta en el discurso médico.

Una característica importante de la función argumentativa es que se manifiesta en el discurso natural en cualquiera de las etapas señaladas por Grootendost. En las mismas etapas de *confrontación* y *apertura* suelen encontrarse bloques completos de argumentación.

*Tabla 1*  
*Convenciones de transcripción*

A.-	Intervención de un hablante identificado como A
E.-	Enfermos
D.-	Dolor
P.-	Paciente
¿.-	Interlocutor no reconocido
=	Mantenimiento del turno de un participante en solapamiento
[	Lugar donde inicia un solapamiento
]	Lugar donde termina el solapamiento
/	Pausa corta, inferior a medio segundo
//	Pausa inferior a un segundo
///	Pausa de un segundo o más
(x>)	Silencio (lapso o intervalo) de «x» segundos, indicado cuando es significativo
—	Entonación ascendente
—	Entonación descendente
®	Entonación mantenida o suspendida
PESADO	Pronunciación marcada o enfática
pe sa do	Pronunciación silabeada
(( ))	Fragmento indescifrable
((pesado))	Transcripción dudosa
((...))	Interrupciones a la grabación
(pe)sado	Reconstrucción de la unidad léxica
pa'l	Fenómenos de fonética sintáctica entre palabras, especialmente los marcados
°( )°	Fragmento pronunciado con una intensidad baja o próxima al susurro
h	Aspiración implosiva
(Risas, ruidos)	Aparición de elementos paralingüísticos o ruidos

aa	Alargamientos vocálicos
nn	Alargamientos consonánticos
¿?	Interrogaciones
¡!	Exclamaciones

En el ejemplo siguiente muestra tales elementos:

Ejemplo: REC9 (Consulta con ruido)

1. E.- 28 de enero del 2008 consulta de clínica del dolor.
2. D.- Limpiar muy bien, bueno de éste lado...
3. A.- Lo que ella propone [     ].
4. D.- [*Yo le sugeriría siempre*, hay que hacer las cosas un poco más].
5. A.- Un poco más.... esa bolita, oiga en un 30 por decir por decir un número...
6. P.- *Yo digo que en un 40, este ahorita me duele un poquito pero ya que me siento y me acomodo ya es mejor.*
7. A.- Pero o sea a veces luego de andar parada se cansa y no aguanta( ).
8. D.- *Lo que podemos hacer es aumentar la dosis ( ) eso no es ningún problema usted está viendo que está tomando una tercera parte de la dosis que tomaba, aumentamos un poquito más no le va a pasar absolutamente nada.*
9. P.- La dejamos para cuando me toque que me la cambie ya vemos haber...
10. A.- Como el miércoles... pero, qué cree doctor!, primero van las ampollitas.
11. D.- ¿Cuánto costaron las ampollitas?
12. A.- Éstas 150 (1:20).....no tiene ampollita 5 y media la otra eran 4. ¿?
13. P.- Muchas gracias eh doctor muy amable!
14. D.- No, no, con calma *yo pienso que* eso no es un ejemplo pero puede ser, cuando se corta un dedito se le pone el dedito como rojito.
15. A.- Pero si sigue así o mas rojito nomás cambio.....(( )) el miércoles.
16. D.- *Normalmente lo que debe hacer es* quitar la prótesis y cambiar solamente (( )).
17. P.- Pero si quedo algo de agüita (( )) ¿?
18. D.- Claro que sí/ sin pendiente.
19. P.- Muchas gracias doctor.
20. D.- 798.

Aquí encontramos en plena *apertura* elementos de la argumentación: (3) es una intervención de la acompañante que trata de introducir nueva información (rema) al conocimiento del tema de la enfermedad y lo hace con la intención de argumentar a favor de una proposición, «*lo que ella propone*» tiene el carácter de introducir un significado extra a lo ya conocido, lo cual se encuentra suspendido o eliminado con la irrupción del médico con «*yo le sugeriría siempre*» en (4). También encontramos elementos argumentativos en la *clausura*, en (17) el paciente pide una explicación del posible proceso de enfermedad, pero el médico en vez de responder con la expli-



cación del proceso, elide la responsabilidad de la respuesta prácticamente con una afirmación que pide un voto de fe: «sin pendiente» (18) es una expresión que sugiere confianza y afirma que «no va a pasar nada». La propuesta de Grootendost indica que el discurso argumentativo pasa por las cuatro etapas mencionadas, y lo que encontramos es que ciertamente la teoría permite ubicar el proceso en el cual se encuentra la disputa, pero esto no indica que la *argumentación* se cña a una etapa del discurso, sino que se encuentran otra cualquiera del diálogo. Los actos de habla encontrados en (4) y (19) sirven para encauzar la conducta verbal de forma que el paciente modifique su conducta práctica. Son actos de habla *directivos* y *compromisivos*, ya que están utilizados con la intensión (fuerza *ilocutiva* de los enunciados) de que el paciente modifique la conducta o haga algo (esto sería el efecto *perlocutivo*), lo cual se logra con los *verbos realizativos* de: sugerencia como en «yo le sugeriría siempre» (4), con verbos modales como en «...lo que se debe de hacer es...» (16), u orden como en «limpiar muy bien» (2).

En el caso del marcador discursivo, en (8) encontramos que sirve para introducir la argumentación del procedimiento que se está siguiendo, este marcador se introduce a partir de la respuesta del (P) paciente y (A) acompañante en (6), (7) que es una queja por la presencia de dolor, aunque cabe resaltar que esta respuesta está velada o minorizada con una expresión que tiene la siguiente estructura: «yo digo que»... *pero ya que* [hago x]... *ya es mejor*». La modalidad describe y expresa el conocimiento de lo que siente pero de manera atenuada, aminorando el valor de la información que añade al conocimiento del médico. Esta nueva información es importante porque influye en la estructura global del texto al introducirse en la apertura del discurso y romper con la secuencia normal del protocolo. Sin embargo, cuando se espera una argumentación por parte del médico a partir del marcador discursivo, se introduce una apelación a la autoridad que no introduce nueva información para clarificar el por qué no tendrá consecuencias el cambio en el procedimiento: «aumentamos un poquito más [a la dosis de droga] no le va a pasar absolutamente nada». Prácticamente lo que está diciendo el médico es que se cambie el procedimiento y que no le va a pasar nada porque él lo dice, ya que no hay introducción de información que venga a complementar o explicar las consecuencias de dicha decisión.

Cabe destacar en la respuesta del médico en (8) que inicia expresando también modalidad pero en este caso expresa posibilidad: «lo que podemos hacer es...», lo que cambia respecto de la emisión del paciente es que mientras éste último aminorizaba la descripción de un síntoma, en el caso del médico la modalidad aminoriza el nivel del compromiso relacionado con la prescripción, algo que pasa también en (16) cuando dice: «normalmente lo que debe hacer es...» que no introduce información nueva que aclare la decisión del procedimiento y se lo deja a la norma o protocolo. En los otros casos emitidos por el médico se presenta la modalidad epistémica como en (4): «yo le sugeriría siempre», y encontramos también en (14): «yo pienso que».

En la gramática se entiende que este tipo de expresiones son parte del acto enunciativo que manifiesta la subjetividad del que crea el discurso a manera de «huellas» del hablante que se presenta con cierta actitud ante lo que dice, lo cual no es otra cosa que el modo de enunciación. En este sentido, el discurso médico no se presenta de manera diferente al discurso cotidiano, se utiliza la modalidad para hacer hincapié, matizar, o distinguir el carácter del mensaje. La modalidad está situada en otro nivel que se manifiesta en las circunstancias del hablar: en el nivel discursivo que modifica todo el constructo gramatical al definir el enunciado.

Según la tesis de Grootendost una disputa se *resuelve* cuando las partes han cedido en su argumentación a favor de la más convincente, sea porque alguno de los interlocutores no logra sostener la argumentación, o porque se da cuenta que es errónea su postura. La teoría acierta en el ejemplo anterior porque la paciente ha cedido a favor de un argumento persuasivo, pero esto no quiere decir que el argumento explique o compruebe en sentido estricto las pruebas en las que se basa para hacer tal prescripción. También acierta Grootendost cuando dice que se presentan siempre actos de habla significativos para la resolución de la disputa en sus distintas etapas, como sería el caso en (8) y (16): «aumentamos un poquito más no le va a pasar absolutamente nada», o «normalmente lo que debe hacer es...», se presentan en el cuerpo argumentativo y logran convencer a la paciente de la conclusión implícita. Estos son *actos de habla realizativos* que no demuestran cosa alguna (no son enunciados *constatativos*) y sin embargo convencen al paciente de que no pasará cosa alguna con su salud, o en otros casos, espera una mejoría.

### *Elementos de retórica en el discurso médico*

*Figuras del discurso.* Los tipos de *figuras* que expresan un nuevo sentido o efecto estilístico particular muchas veces tienen la intención de explicar algo no del todo claro en lo que se está describiendo o explicando a partir de la comprensión o conocimiento que se tiene del fenómeno. La invención de *figuras* en el discurso médico es muy productiva, y puede darse en el nivel morfológico o en el nivel de la frase. En el caso de las metáforas, Lakoff indica que sirven para crear una red que influye en la representación interna del hablante y con ello, en su visión del mundo (Lakoff y Johnson, 1980: 39). Los tipos de metáforas agrupan o abstraen conceptualmente algo de la experiencia que permite *comprender* otras experiencias, como es el caso de los síntomas y procesos de la enfermedad. Para ilustrar con ejemplos los tipos de figuras más usuales tomo la siguiente grabación:

Ejemplo: REC.8 (consulta 1)

45. P.- *Me había comentado el ginecólogo que en la cirugía me iban a sacar nomás la matriz. ¿Es eso lo que me van a hacer o también me van a sacar los ovarios?*

46. D.- Generalmente un criterio que es un criterio oncológico o sea de cáncer, después de los 45 años los quitamos estén como estén, antes de los 45 si están bien los dejamos si están mal para fuera.
47. P.- ¿Entonces?
48. D.- *Como la sandía, ¿cuántos años tiene?*
49. P.- 45.
50. D.- ¿No que 40?
51. P.- Es que me ponen en una ....¿? (4:20) Tengo 45 doctor.
52. D.- Primeramente Dios, si. Lo vamos a valorar. *La mujer es como la sandía, hasta que se abre sabe lo que tiene.*
53. D.- ¿Qué tipo de sangre tiene?
54. P.- A positiva.
55. D.- Es selectiva, ok. Ya le imprimiste... la otra la de...
56. E.- La hospitalización, no.
57. D.- ¿Y ésta? (celular)
58. D.- Esto cita que dice: *se nos autoriza quedarnos con su camioneta, no se crea.*
59. A.- Casa, moto. (risas)
60. P.- Se va a quedar con *lo mejor de mi vida.* (risas)
61. D.- No, *si estuviera buena, pues estaría bien pero ya no sirve.*
62. A.- Ah verdad!
63. D.- Eh!, pues ya no sirve o porque la vamos a quitar, ¿por que a ver? ¿por que vamos a quitar esa matriz? !Eh Ya no sirve...  
[...]
102. D.- Eh! De una vez para que vaya haciendo todo, y ese día ya la operamos, *si Dios quiere.*
103. P.- OK, entonces ya entrando se hace la cirugía y, ¿cuantos días si toda va bien?...  
[...]
135. P.- Está bien Perrona, está bien Perrísima. (risas)
136. D.- Dale la hojita donde la autorizaron.
137. P.- Donde dijo, es la primera doc. (risas) la moto y la camioneta
138. A.- Al otro doctor le toca la casa y el carro lo mejor se lo dejaron acá'l doctor.
139. D.- Si lo mejor es para mí.

En (48) se encuentra una ruptura del principio de pertinencia, ya que el paciente solicita una respuesta aclaratoria u objetiva en (45): «¿Es eso lo que me van a hacer [sacar la matriz] o también me van a sacar los ovarios», pero el médico recurre a una metáfora que no es propiamente explicativa del proceso de enfermedad. La expresión «Como la sandía» es una figura de dicción llamada *silepsis* que se introduce alterando la sintaxis de la oración al cambiar «mujer» por «sandía», de esta

manera el médico intenta aportar información nueva al tema de la operación que indica: el desconocimiento del médico de lo que realmente va a encontrar respecto del proceso de enfermedad. Esta postura se encuentra explícita en (52): «La mujer es como la sandía, hasta que se abre sabe lo que tiene» que es una expresión irónica con cláusula metafórica que explica el desconocimiento del médico de la estructura interna y proceso de enfermedad de la paciente. La cláusula metafórica expresa una alegoría que establece el médico por relación imaginaria de una cosa «la sandía» con la persona o paciente. Después el médico pasa a otra pregunta que implica cambio de tema además de que exige la respuesta.

La siguiente metáfora se introduce en (60) por el paciente y sintetiza en buena medida la concepción de los órganos reproductores femeninos en la cultura mexicana: «se va a quedar con *lo mejor de mi vida*» es una *sinécdoque* que crea nueva significación al generalizar el valor del todo por la parte. La respuesta del médico se da también con una metáfora en (61): «si estuviera buena, pues estaría bien pero ya no sirve», la diferencia es que ésta altera la sintaxis y cambia el género del sujeto a cosa para establecer una correspondencia imaginaria que expresa el desacuerdo de recibir como regalo la parte en cuestión, que no es otra cosa que la matriz de la paciente.

En (102) encontramos un ejemplo de *catáfora* que introduce un tropo relativo a las causas que deriva los resultados concretos de una acción o poder no visible: «y ese día ya la operamos, *si Dios quiere*», donde la expresión deja en manos de otro no conocido (incluso no conocible) la responsabilidad del proceder. En este sentido se considera como un atenuante a la responsabilidad o como apelación a la fuerza divina que no interviene en lo concreto.

Cabe resaltar que en la mayor parte de este discurso (REC.8) prima la función *fática*; esto indica que muchas de las metáforas se introducen con la finalidad de establecer el contacto y empatía, aunque esto se da solamente disminuyendo las demás funciones. En (58) la expresión: «se nos autoriza quedarnos con su camioneta» –al igual que en (52), (60), (61) prima la función *fática*, pero se conserva la *metalingüística* (el código o gramática), la *conativa*, etc. Esta es una prueba a favor de la tesis de Jakobson (1988) que señala la presencia de todas las funciones en el acto de comunicación y que algunas veces predomina una sobre las otras, lo cual no implica que se eliminen las demás. Sin embargo, lo que no se puede asegurar sin prueba alguna a favor de lo dicho por Jakobson es que la argumentación sea parte de la función *conativa*.

La manera en la cual el paciente adquiere una cultura médica mínima para coadyuvar en su enfermedad evidentemente es por el uso de un lenguaje accesible y cotidiano que le permite acceder a los criterios públicos de definición, o más específicamente, al registro particular de los médicos. Los recursos retóricos y pragmáticos sirven para poner la información de manera accesible para el paciente, de esta forma se pretende que él mismo pueda identificar su sensación de acuerdo a la práctica

verbal del registro médico. El recurso de utilizar metáforas sirve para identificar las sensaciones en un lenguaje intermedio entre la práctica verbal del registro médico y el lenguaje cotidiano que utiliza el paciente. Los casos más comunes en este sentido son aplicables: con «colores» y «texturas» para el tejido; y para la intensidad y «manera» del dolor alguna metáfora como «aguda», «fuerte», «que quema», etcétera.

Ejemplo: REC.9 (consulta 1):

14. D.- No, no, con calma yo pienso que eso no es un ejemplo pero puede ser, cuando se corta un dedito se le pone el dedito *como rojito*.
15. A.- Pero si sigue *así o más rojito* nomás cambio.....( )el miércoles.
16. D.- Normalmente lo que debe hacer es quitar la prótesis y cambiar solamente ( ).
17. P.- Pero si quedo algo de *agüita* ( ) ¿?
18. D.- Claro que sí sin pendiente.

Los conceptos «rojo» y «agüita» son metáforas definitorias del lenguaje técnico utilizado para el registro médico, sustituyen términos como «proceso de inflamación *aguda, media o grave*» «*tras-sudado*» o, en caso grave «pus».

El caso del dolor es prototípico en el uso de metáforas, debido a que se necesita ubicar la propiocepción del paciente para fin de poder ubicar la comorbilidad.

Ejemplo: REC9 (consulta 2)

71. D.- Bueno/ muuy bien↑ María// a ver/ vamos haciendo/ aquí tenemos una tablita↑/ si/ ¿sí la conoce verdad? ↑ (5'59)
72. P.- [(P) si// sii].
73. D.- Cero/ nada de dolor/ 100 el dolor más grande del mundo/ ¿*de qué tamaño es su dolor?* ((*señaleme*)) por favor.
74. P.- °((hay el dolor es como dell))°// Si ↑ (seña con las manos) [D.- Así de grandote!].
75. P.- Así de grande↓

La metáfora «grande» está con relación sistemática con lo «pequeño», de hecho se presenta como parte de un continuo que mide en este caso la intensidad del dolor. De acuerdo a la clasificación de Lakoff y Johnson (1980: 50), es un tipo de *metáfora ontológica* que considera como entidad-sustancia a la sensación de dolor, que en este caso se trata de conceptualizar por medio de una escala graduada. La *metáforas ontológica* «grandote» funciona especificando la intensidad de la sensación, al no contar con un lenguaje técnico que guíe al paciente para que sea transmisible la

propiocepción, el médico recurre a ella. De esta manera, los médicos ponen de manera relevante los estados mentales bajo un lenguaje que puede ser trasmisible, así, aunque esté en la antesala del lenguaje propiamente científico, sirve para resaltar o focalizar la intensidad y «forma» del dolor.

Otra forma de conceptualizar el dolor es por medio de las *metáforas estructurales*, que tratan de manejar la información con un cambio de conceptos por el género al cual pertenecen. Generalmente la relación que se establece es por semejanza, de manera que se trata de encontrar algo nuevo o escondido del dolor que está describiendo.

Ejemplo: REC. (Consulta )

185. D.- Tiene dolor en su brazo ↑ (13' 14)
186. P.- Si °((hey))°
187. D.- ¿El dolor es como *calambre*?
188. P.- Calambre y/ ell/ como que hasta el hueso ya me duele
189. D.-°((como hasta el hueso))°/ ¿*toque eléctrico*?
190. P.- Ey.
191. D.- ¿*caliente*?
192. P.- No/ a vece's/ no/ anoche/// ya tengo días que no duermo pero porque///
193. D.- ¿*le arde* el dolor?],
194. P.- Sí'
195. D.- Si arde/ es *ardoroso*/ ookey→
196. P.- Si
197. D.- Bueno/ ¿el dolor es *adolorido*?
198. P.- Sí' // todo el día/ to'do el día/ cuando me tomo la pastilla no.
199. D.- ¿*Cortado*? Ookey. (13'44)

Las especificaciones que se registran con el uso de las metáforas «calambre», «toque eléctrico», «caliente», «arde», «ardoroso» y «cortado» son inferencias por comparación del lenguaje privado utilizado en la propiocepción del paciente, con un lenguaje público que se aplica comúnmente algo conocido como cosas, hechos o individuos, así se enfoca en sus semejanzas o analogías para mostrar algo que no es posible mostrar por ser totalmente subjetivo. Aun cuando los conceptos implicados en la relación no tengan una correspondencia real sino imaginaria, la metáfora cumple un fin heurístico al explicar o exponer en este caso la sensación del dolor, de manera que se vuelve accesible o trasmisible para el médico, además de que contribuye en este sentido al seguimiento y atención del proceso de enfermedad.

Los ejemplos anteriores sirven para ilustrar una forma productiva de proceder en el diálogo establecido en consulta: se establece un lenguaje intermedio entre la

propiocepción del paciente con su respectivo lenguaje privado, y el lenguaje bajo criterios técnicos de definición del registro médico. De esta manera se pueden establecer pequeñas relaciones entre términos médicos y metafóricos que van incorporándose paulatinamente a la experiencia del paciente, así va aprendiendo una cultura mínima para coadyuvar en su proceso de enfermedad.

Los conceptos *metonímicos* y las *metáforas* son sistemáticos en virtud de la base experiencial que generaliza al concepto situándolos dentro de un sistema conceptual preciso y coherente que permite y dota a la significación. El problema con dicha generalización es que muchas veces no se sitúan dentro del soporte conceptual adecuado para que se puedan sostener. Si bien las metáforas organizan los pensamientos de manera que nos permite comprender y organizar la experiencia, en el caso del discurso médico no siempre se mantiene el principio adecuada o pertinentemente.

*Los tópicos.* El tópico funciona como una organización de la información vertida en el discurso, de manera que no se confunde la referencia de la cual se dice algo. Generalmente permiten obtener una conclusión que implica la proposición debatida, de manera que, su afirmación o negación implica la negación de la proposición en debate, y lo hace por medio de las dimensiones *temática*, *enunciativa* e *interaccional* que se interrelacionan en el desarrollo del discurso. El tópico es una herramienta útil para el médico porque le sirve para preparar al paciente, construyendo un universo discursivo al cual se hace referencia del contexto en el cual se va a entender la información nueva. Los recursos que se utilizan para topicalizar son generalmente la definición y las marcas discursivas que sirven para guiar a manera de «ordenes de lectura».

En la argumentación los *tópicos* sirven para «armar» o llenar los contenidos de las posibles formas que van dirigidas a persuadir al auditorio. Se utilizan para obtener la proposición que sirve de diálogo y está dirigido a obtener una afirmación o negación de la proposición en cuestión. Las estrategias que guían la argumentación para ganar la disputa es por vía de la *demonstración*, «a partir de cosas verdaderas o primordiales», o por vía *dialéctica* (*silogismos retóricos*), «a partir de cosas plausibles» (Aristóteles, 2008, I: 100a-b, 104a). Los *enthymemas* son un tipo de *tópico* producen silogismos que incluyen premisas verosímiles o probables y no del todo verdaderas, estos pueden realizarse por la técnica de división, de utilización de contrarios, del uso de alguna analogía, de la oposición de dos cosas, etc.

En el discurso médico se encuentran reiteradamente el uso de *tópicos*, para mostrar las formas en la cual se realizan tomo un caso como ejemplar.

Ejemplo: REC: 9. (Consulta 2)

(Presencia de ruido y habla pausada por parte del médico).

29. D.- Ahorita vamos a ver, ¿es María, verdad?

30. P.- Sí.

31. D.- María Velez Rojas.
32. P.- Sí, D.- 45 años.
33. P.- Bueno ya 46 (risas) el 31 de diciembre.
34. D.- Estaba como de 45 no se mortifique ¡ah! / a usted la ve la doctora Ruíz, ¿verdad?
35. P.- Sí.
36. D.- Ok, dejo el ((*tamoxifeno y cloridiazepan*)) Ok (3:35).
37. P.-No me han dado.
38. D.- No le han dado, esta es fue del / / / tiene toda la razón, esta fue de enero 9 de enero del 2008 P.- Desde ese día no tengo una pastilla.
39. D.- Válgame Dios!
40. P.- Ya me muero del dolor de mis brazos.
41. D.- No se preocupe. ¿Cuándo vino conmigo la última vez?
42. P.- Fue el 8 de diciembre.
43. D.- 8 de diciembre.
44. P.- Por el ahí del 6 vine que me dijo que se iba a ir de vacaciones.
45. D.- Ey!
46. P.- No, la doctora no me ha querido dar nada, ni la insulina!
47. D.- No le digo! Pos ya ve como somos por eso nadie nos quiere.
48. P.- No, no todos.
49. D.- Eh.
50. P.- No todos.
51. D.- A ver hemoglobina de 12, esto es de noviembre, plaquetas normales, leucocitos normales, glucosa un poquito elevada, ¿es diabética?
52. P.- Si ---- tengo --- (4:26)
54. D.- Me acaba de decir, urea de 28, creatinina .7, esto es de noviembre, bueno. Esta funcionando muy bien su riñón.
55. P.- Sí verdad.
56. D.- Eso es bueno, muy bueno, eh!
57. P.- Sí.
58. D.- A ver entonces, ¿qué le había dado yo?
59. P.- La última vez fue ((*dextroproxifeno y cloridiazepan*)) me puso para tranquilizarme (5:02)
60. D.- Mhm, cloridiazepan. ¿En donde tiene usted dolor María? Recuérdemelo por favor.
61. P.- Es todo de la cintura para abajo, la planta de los pies, las rodillas todo, todo me duele.
62. D.- Y con el ((*dextroproxifeno*)), ¿se le quito el dolor?
63. P.- Me dieron éstas.
64. D.- Sí.



65. P.- El otro día un doctor ya no... el que me da las radiaciones.
66. D.- Le dio de éstas.
67. P.- No. Me mandó con ese el doctor con el mismo doctor de allá del 5.
68. D.- Sí.
68. P.- ¿Por qué camina así? Le digo, ay es que me duelen mucho los pies! Desde que me dieron la primera quimioterapia no se me quita, dice vaya con el doctor haber si le da algo, pos me dio ésas.
69. D.- Ajá.
70. D.- La doctora me dio éstas y no se me quita tampoco con nada.
71. D.- Haber María, déjeme ver, la ((*tiamina, pirodoxina clorodamina*)) (5:57) bueno muy bien María vamos haciendo esto, aquí tenemos una tablita; sí, sí la conoce, ¿verdad?
72. P.- Sí, sí.
73. D.- Cero nada de dolor 100 todo el dolor del mundo, ¿de qué tamaño es su dolor? Muéstrémelo ya por favor. Así de grandote!
74. P.- Así de grande.
75. D.- ¿Todo el tiempo?
76. P.- Diario, yo...
77. D.- María, tomando esto, ¿se le quita el dolor?
78. P.- No se me quita, ya me acabe un paquetito.
79. D.- ¿Y no le sirve de nada?
80. P.- Y me dijo el doctor que si iba a la terapia y me sentía bien le avisara, pos' no le voy a avisar que no.
81. D.- Que no sirve.
82. P.- Que no me sirve nada.
83. D.- Bueno, mire María lo ideal sería cambiar a un medicamento que sí sirva, uno más fuertecito porque éste ya no le sirvió. Emm, para eso podríamos empezar a tomar un medicamento que usted ya lo conoce, ¿si ha oído hablar de la morfina por ahí?
84. P.- Ey D.- La morfina es el mejor analgésico del mundo, es el más fuerte el más poderoso, si. En nuestra cultura la gente y sobre todo las comadres chismosas (risas) le van a decir «no no vayas a tomar eso te vas a volver adicta, es una cochinada»
85. P.- A mí me dijo una señora en la terapia....
86. D.- Bueno.
87. P.- Que no, era muy mala.
88. D.- No es cierto, esa gente no sabe.
89. P.- Le dije «no yo ya me la tome y le dije sí me puse mal pero no para morirme, como dice usted, no».
90. D.- No, no es cierto, ¿usted ha tomado la morfina?
91. P.- Sí.

92. D.- Ok, ¿se la di a prueba una vez?
93. P.- Sí, aquí en su consultorio.
94. D.- Y, ¿cómo le fue?
95. P.- Lo único que me estriñó mucho, y me puse muy mal, fue cuando me internaron, eso es lo único que me pasó.
96. D.- Usted ya sabe, porque yo ya le había explicado, que la morfina estriñe mucho, ¿si se acuerda?
97. P.- Mhm.
98. D.- Y que cuando uno empieza tomar morfina debe de tomar además de fibra que es avena, ¿si se acuerda?
99. P.- Sí.
100. D.- Debemos empezar a tomar otras cosas además también le había dicho que debíamos estar en contacto muy estrecho porque para poder ayudarle necesito que usted me diga en que le puedo ayudar; si usted no me dice yo no puedo adivinar.

*Ejemplos de definiciones como elemento de topicalización:* el uso de definiciones sirve para organizar la información nueva vertida en consulta, generalmente se sitúa en la dimensiones *temática* y *enunciativa*, por lo mismo funcionan como tópicos que interrelacionan la información importante para la comprensión de la enfermedad. Para ilustrar tomo el siguiente ejemplo:

83. D.- Bueno, mire María lo ideal sería cambiar a un medicamento que sí sirva, uno más fuertecito porque este ya no le sirvió. Emm, para eso podríamos empezar a tomar un medicamento que usted ya lo conoce, ¿si ha oído hablar de la morfina por ahí?
84. P.- Ey. D.- La morfina es el mejor analgésico del mundo, es el más fuerte el más poderoso, si. En nuestra cultura la gente y sobre todo las comadres chismosas (risas) le van a decir «no no vayas a tomar eso te vas a volver adicta, es una cochinateda».

Aquí la *definición* «es el mejor analgésico del mundo» es un *rema* añade información nueva al *tema* «morfina como medicamento» ya conocido, a pesar de ser un predicado, la información se presenta como una forma de topicalizar el tema conocido: «*como analgésico*», «*es el más fuerte*». Después, la información vertida por el médico tiene la característica de desvalorizar el conocimiento popular del medicamento, la especificación «sobre todo las comadres chismosas» tiene esta función, lo cual es logrado primero topicalizando el tema «la gente en nuestra cultura» que no es otra cosa que la sociedad en general.

Los ejemplos tratados son representativos porque muestran uno de los problemas principales de la consulta pública, el argumento que se utiliza es totalmente retórico cuando podría haber utilizando la descripción y explicación para mostrar las

consecuencias y concluir con ello que resulta una mejor alternativa. La generalización que se hace con la expresión «la gente» es un concepto metonímico que forma parte de la forma cotidiana de actuar verbalmente: por medio de la generalización nos indican la información más importante para la ubicación y comprensión del sujeto que hace el juicio de valor que se encuentra en cuestión: «la morfina es mala».

*Las marcas discursivas como elementos de topicalización:* las marcas discursivas compiten con el cambio de constituyentes en la función de marcar la información, ambas sirven para preparar al paciente para recibir la nueva información respecto del tema de la enfermedad. Generalmente las marcas discursivas se sitúan en las dimensiones: *enunciativa* e *interaccional*. Esto quiere decir que permiten relacionar la información al interior del discurso, a la vez que permite el intercambio comunicativo entre médico y paciente. El médico construye su propio universo discursivo y marca cómo va entendiendo la información que recibe con relación al tema. Las marcas discursivas se presentan como preliminares de la enunciación, o como marcas «fáticas»: «eh», «así», «ya sabes», «bien», etcétera.

44. P.- Por el ahí del 6 vine que me dijo que se iba a ir de vacaciones.

45. D.- Ey!

En (45) «ey» es una *marca fática* que indica la recepción de lo dicho por el paciente, al médico le sirve para asentir con el paciente y le insta a que siga con el discurso. Lo mismo pasa con el marcador «ajá» en (69), donde la información se recibe con asentimiento y cierto grado de empatía que no es otra cosa que la invitación a la paciente para que siga con el discurso. En cambio en la siguiente marca (47) cambia la función:

46. P.- No, la doctora no me ha querido dar nada, ni la insulina!

47. D.- No le digo! Pos ya ve como somos, por eso nadie nos quiere.

48. P.- No, no todos.

49. D.- Ey.

50. P.- No todos.

El *marcador cognitivo* expresado en (47) «no le digo! Pos ya ve como somos, por eso nadie nos quiere», es una forma marcada de situarse en un lugar común socializado por el discurso cotidiano (*mass media*, sabiduría popular): que los médicos del servicio público son desatentos o incluso maltratan al paciente. Sin embargo, aquí el asentimiento y recepción de lo dicho por el médico puede tener la función de banalizar o minimizar la información del paciente aparentemente sin el rompimiento del principio de pertinencia.

68 P.- ¿Por qué camina así? Le digo, ay es que me duelen mucho los pies! Desde que me dieron la primera quimioterapia no se me quita, dice vaya con el doctor a ver si le da algo, pos me dio ésas.

69 D.- Ajá.

La topicalización tiene también una función pragmática, en el ejemplo anterior se establece cierto grado de empatía por medio del marcador discursivo que permite seguir con la consulta y establece cierto grado de cortesía verbal. Lo mismo pasa en (39) con «válgame Dios» y en el siguiente con «aja» (69), que están destinados a producir cierta hilaridad en el discurso o transformación de la información que sigue para que se reciba como una invitación a que continúe, también intenta hacer saber que el médico comprende lo que está diciendo aunque sea con cierto grado de ironía.

En (34) «Estaba como de 45, no se mortifique, ¡ah!, a usted la ve la doctora Ruíz, ¿verdad?» La marca discursiva « ah! » se presenta como preliminar a la enunciación siguiente que es una aserción, la que asegura que es vista por otro médico. Respecto de «estaba como de 45, no se mortifique» implica un proceso de topicalización que permite seguir con la consulta, se sitúa en un tópico minimizando la importancia de la edad para seguir con los datos que necesita de la enfermedad.

### *Pragmática implicada en el discurso médico*

Las funciones principales de la producción textual son la *coherencia* y la *cohesión*, juntas dotan de *coherencia semántica* utilizando estructuras sintácticas para hacer alusión a elementos situacionales. Todo parece indicar que los elementos pragmáticos tienen que ver con las funciones cognitivas del hablante (Cuttica, *et al.*, 2006; Siegal y Valery, 2002). La *coherencia* es una propiedad global de los sistemas cognitivos y su análisis atiende tanto a elementos de estructura interna, como a elementos dinámicos y de construcción en acuerdo a la situación del discurso (Rickheit y Strohner, 2008).

Otros elementos que han sido estudiados dentro de la pragmática son la modalidad y las intensiones que tiene el autor con respecto de lo que dice: fenómeno estudiado como *implicatura*. Para reconocer las intensiones de los interlocutores tanto el médico como el paciente utilizan recursos de entonación y todo que tradicionalmente se ha llamado paralingüístico: señas, posturas, tono, gestos, etc. Para ilustrar las funciones pragmáticas con ejemplos tomados del *corpus*, utilizo convenciones de transcripción de los *analistas conversacionales* (Briz, 1998). En el ejemplo siguiente trataré de mostrar algunos de los recursos pragmáticos más frecuentes.

Ejemplo: REC.001

1. D.- Ésta es primera vez. [        ] (50»)

2. P.- [Huhumm].
3. D.- =Bueno/ yo soy el doctor Pedro Zavala de oncología eh! , yo las voy a ver el día de hoy.
4. D.- =Vamos a primero/ a hacerle algunas preguntas que son muy importantes de los antecedentes // después la voy a revisar/ vemos que estudios tiene, y al final platicamos de-cuál es el plan ¿le parece? (1'24»)
5. D.- =Para, ver la [ruido de maquinaria] (( )) ¿Ya la habían visto aquí en *el* hospital?
6. P.- °(Si, ya tengo mucho)°.
7. D.- (5) tengo un expediente donde no hay ninguna nota. (1'36»)
8. P.- A pos ya no lo mandó [ruido] (( )).
9. D.- [¿Cuántos años tiene? // ¿doña Julia?
10. P.- 75 años.
11. D.- ¿Cuál es el pecho afectado?
12. P.- El izhquierdo.
13. D.- ¿Piensa que haya tenido algún tumor que usted recuerde, algún cáncer?  
P.- No pero Paz en el intestino. D.- ¿quién?- P.- (( )) más chica que yo.
14. D.- ¿Pero una hermana suya? [ ] =ok ¿vive o falleció?
15. P.- [Hermana mía] = murió.
16. D.- ¿De eso?
17. P.- Síí /// pos de eso no/ pero le afectó/ así// al morir// °(al morir)°.
18. D.- ¿Usted se conoce con alguna enfermedad, diabética, presión alta? (2'26»)
19. P.- Presión alta sí la tengo// y ya ve que estoy en tratamiento.
20. D.- ¿Hace cuántos años le diagnosticaron la presión alta?
21. P.- Ahh/ más o menos como unos veinte años.
22. D.- ¿Qué toma?
23. P.- (( )) [ruido...] lleva mi control de... (( )).
24. A.- [Ésta es la última que me dio].
25. D.- ¿Todo lo demás? ¿Dónde vive usted? ¿Aquí en Guadalajara?
26. P.- Aquí en Guadalajara.
27. D.- ¿Se conoce usted con alergia a algún medicamento? [ ] ¿Qué le producí(a)?  
P.- [((( )))]
28. P.- = Me salían bolas // cuando me ponían este...
29. D.- ¿Sangre/ le han puesto alguna vez?
30. P.- Si, cuando nació uno de mis hijos.
31. D.- ¿Hace cuánto? (( )) (3'12)
32. D.- ¿Humo/ no fumó? P.- °(nunca)°.
33. D.-¿No? // ¿Partos normales todos?
34. P.- Todos partos normales.

35. D.-¿Qué edad tenía cuando tuvo su primer hijo?  
 36. P.- 19 años.
37. D.-¿Tomó hormonas alguna vez, anticonceptivos inyectados?  
 38. P.- No.
39. D.-¿Cuándo la operaron?  
 40. P.- 16 de Diciembre. (3'40)
41. D.-¿16 de Diciembre? // ¿le quitaron todo el pecho?  
 42. D.- P.- Sí (( )).
43. D.- *Sonn*/ unos ganglios // =16 de Diciembre/ no la operaron aquí verdad!  
 44. P.- No.
45. D.-¿Y trae el resultado de patología?  
 46. A.- Si todo bien/ nomás no sé cuáles son pero //  
 47. D.-¿Y trae el resultado de patología?  
 48. A.- Si todo bien, nomás no sé cuáles son pero  
 49. D.- A ver préstemelo por favor,  
 50. P.- °(voy a ver si aquí vienen)°  
 51. E.- Aquí están doctor.  
 52. D.- °(¿Mande?)°  
 53. E.- °(No los hallo)°.  
 54. D.- ¿No están?  
 55. E.- (7») dice que salieron bien los estudios. (4'16)
56. D.- (10») De estos // voy a necesitar/ que les saque fotocopias y me los deje para anexarlos al expediente son muy importantes/ ¿sí?  
 57. D.- (12») ¿Los que le hicieron, del hígado le hicieron?  
 58. P.- No mire, no sé de aquí.  
 59. D.- [Bueno vamos]/ a ir poniéndonos la batita por favor // la vamos a pesar/ la vamos a medir/ la voy a revisar/ veo los estudios y ya platicamos de su asunto °(¿sí?)° Sí por favor.
60. D.- (5») ¿Ya? ok! (5») Perfectin/ si/ la sal/ la sal se llama ca fe ci ta li na // y el medicamento se llama cafecitadina // citadina, con C // sí, ajá! (6») °(Mhh)° // °(le duele)° (18») Son puros del pecho. (5'22)
61. D.- (5») ¿Del hígado no le hicieron verdad?  
 62. P.- No sé/ (A) ¿LE HICIERON DEL HÍGADO MAMÁ?  
 63. D.- °(( ))° Porque hay muchos del pecho nada más y del tórax, ¿verdad? pero creo que del hígado no hay // no hay nada/ bueno/ le hicieron  
 64. A.- También es radiografía // la del hígado  
 65. D.- (( ))°(Solicita una radiografía)°, (7») °(( ))° ok. (6'39»)°  
 66. D.- °(a ver // la espalda bien derecha)° P.- [ruido] D.- Es normal cuando se hace la cirugía se flexionan nervios y músculos y hacen que este brazo NO SEA NORMAL.

67. D.-Sí, espérese poquito eh [ruido] esto no es del pecho [ruido] es de la piel debajo de (( ))
68. D.- °(( ))° (por favor// ultrasonido del hígado)°. (E.-) (( )) [ruido de teléfono]
69. E.- (10») Martha Cárdenas °(( ))°.
70. D.- (10») Ahorita vamos a// vamos a comentar// a comentar esto ¿no?// por las características pues del/ del tumor /// ahorita le voy a comentar qué es lo que vamos °(a)°...
71. [Tocan-entran] (D2.-) Hola. // (D3.-) Hola doctor. (E.-) Hola.
72. D.- Muy bien/ este// doña Juana P.- Sí (8'26»)
73. D.- Necesitábamos pues EVALUAR todo/ en conjunto y aunque nos faltan algunos estudios como el ultrasonido del hígado// el ((*diamagrama*)) óseo// SUPONEMOS QUE SON NORMALES/ pero es parte de la rutina HAY QUE VERLOS.
74. P.- °((mhm))°
75. D.- Nosotros tratamos de evaluar en conjunto// su enfermedad/// TODAS LAS CARACTERÍSTICAS desde su edad/ sus estados/ de ((*comorbilidad*)) como/ la hipertensión de la vía de evolución el tamaño del tumor y las características del tumor/ Es cierto que nosotros/ decidimos dar quimioterapia en ciertos casos para disminuir el riesgo/ de que la enfermedad regrese.
76. D.-Nosotros partimos en este momento de que YA NO HAY TUMOR pero sabemos que pueden regresar este tipo de tumores y la quimioterapia te da justo para disminuir ese riesgo.
77. P.- ¡Mhm! (9'12»)
78. D.-Pero también hay/ hay casos en donde el riesgo es moderado// y que tienen/ unos RECEPTORES/ araaa/ para hormonas y que pueden ser susceptibles de tratarse solamente con medicamentos tomados que creo que es el caso, ¿no? POR LA EDAD/ 75 años/ por un tumor que era pequeño/ porque tenía los ganglios negativos y además tiene receptores/ para estrógenos que son fuertemente positivos// creemos que solamente un tratamiento tomado es suficiente, ¿no?
79. P.- Muy bien (9'45»)
80. D.-T'onces/ esto le evitaría/ pues el riesgo y la ((*co-sociedad*)) de/ de la quimioterapia/ sin un CLARO/ beneficio en este caso en particular, ¿eh? Si tuviéramos algún otro DATO que nos HABLARA/ de mucha agresividad del tumor/ tomaríamos la decisión pero en realidad hay MÁS// signos a favor que en contra-¿no?-el único que hay en contra es que/ ((*a'h*)) el patólogo reportaa un GRADO como de diferenciación/ °(y dice que)°/ está moderadamente diferenciado// ¿Sí?
81. D.-Esto significa pues que el tumor ¿no se parece TANTO al tejido de la MAMA! Pero// fuera de eso todo lo demás creo que es favorable y podría tratarse ex-

- clusivamente/ con un medicamento oral/ / P.- [°(muy bien)°] Ese medicamento oral si tiene que ser/ llueve trueno o relampagueé/ / TODOS LOS DÍAS durante cinco años, ¿ok? la vamos a estar vigilando y viendoo/ muy de cerca/ si existiera algún/ algún problema/ bueno/ entonces decidiríamos darle algo más quiero de todas maneras que se haga/ el estudio del hígado y del ((*amagrama*)) óseo como rutina, ¿no?, para tenerlos como va a salir, ¿te parece?
82. A.- ¿Dónde se va a hacer, aquí oo'h se tiene que hacer por fuera?  
D.- [Aquí] (11')
83. D.-[No/ aquí se puede hacer] ¿no? Es probable que tarde sobre todoo el de los huesos pero no importa/ no nos urgen!/ hay que dejar que cicatrice bien esso/ / estee/ yy empezar con el/ con el tratamiento/ °(¿Te parece?)° Nosotros te vamos a estar viendo/ periódicamente
84. P.- °(Sí como no doctor/ muchas gracias)°.
85. A.- Es aaa/ / al estómago/ esta pastilla D.- no!/ NO// se tolera muy bien ¿eh? (11'23»)
86. A.- °(ah bueno)°
87. (ruido de computadora) (10») A.- °((si como no))° D.- °((¿le parece?))°
88. A.- °((Sí))°
89. [llega otro doctor] «D2.- °(oiga doctor)° °((tengo un pacientillo de 49 años))° / °((tengo un doble omponente/ estee))° / / °(de ENFERMEDAD/ mamaria)°, °(tengo un)° (ruido de objetos que caen) / / °((una cinta gris en el pezón))° // [D.- °(mhhum)°] corroborado porr/ por estee/ oncología con unn/ una biopsia por ((*tipo*)) de esas lesiones °((en mama ¿no?))°
90. D.- [contrario a lo quee ((*pensamos*))] (13'22»)
91. D1.- Noo/ ((*ese*)) [D.- estas dos semanas ((*también...*)) ]
92. D2.- no ((*osea*)) de / / °(de hecho)° / / estee/ aquí lo que consideraba eran dos cosas / / UNO
93. D.- [¿Qué? el/ el/ elll/ pues aquí es un ((*pagnet*)) el ((*pagnet*)) como tal/ no]
94. D2.- [Pero/digo/ sin DATOS CLAROS] / / de INVASIÓN / / es muy °((*liscitable*))° °(pensar como)° ((*volvíamos*)) [D.- Pero yo creo quee / / / D2.- De hecho/ HAY REVISIÓN / / de también °((los ya pedidos))° / / °(( ))° °((eso sería también patológico))° ((...)) °((APARTE es otro de los factores que influyen )) ((.. )) tu crees (( )) no/ no es hace (( )) que lo sabía)° / /
95. Entonces trae / / infiltración de °(( ))° para dárte laa °(( ))°.
96. D.-¿Es foráneo?
97. D2.- No/ no es foráneo °((*pero de... no está*))°
98. (Ruido de máquina) °(( ))°
99. D.- T'onces le voy a dar la receta/ este medicamento es un medicamentoo / / CARO / / necesita una revisión por el jefe de la consulta / / puede entrar con él / / es aquí al/ al/ antes/ a medio pasillo entra a su oficina/ un sello de



vigencia en el archivo y luego lo autorizan el doctor Hernández y ya lo pueden surtir en la farmacia de aquí // nosotros nos vamos a ver/ cada tres meses a revisión/ ¿sí?/ la voy a ver en tres meses a revisión/ pero tiene que venir por receta CADA MES/ no le puedo dar más de/ un mes la receta/ para la receta no tiene que venir doña Juana // puede venir/ alguien más/ nada más con la receta anterior normalmente la citamos para que ya esté aquí el expediente y todo/ ¿sí? entonces/ SELLO/ su VIGENCIA en el ARCHIVO/ que lo autorice el jefe de la consulta // y ya la puede surtir/ y puede comenzar hoy/ La recomendación es que lo tome más o menos a la misma hora/ si decide que sea por las noches/ por las noches/ o en la mañana/ por las mañanas/ pero tiene que ser/ llueve o truene o relampagueé // o sea que todos los días por cinco años.

100. P.- [°((SÍ))° °(no se me pase nada)°] (14'30»)

101. D.- Sí, exacto! // como su padre nuestro // ¿sí? // P.- °(Así // // Muchísimas gracias)°

102. D.-[Y bueno] afortunadamente digo/ SI LA NECESITARA la quimioterapia yo se lo diría/ sí la necesita/ CREO QUE NO/ creo que es suficiente/ tiene factores quee/ que nos ayudan a PREEVER/ que a lo mejor esto ya no va a dar lata, ¿no? // hay que estar muy pendientes de cualquier forma/ ¿Ok?

103. A.- Mu // // MUCHAS gracias doctor.

104. D.- [Allá para que la confirmen]. (14'57»)

105. P.- hasta luego señoritas E.- que le vaya bien señora.

Algo importante de comprender de la situación comunicativa que influye en la pragmática es la ambientación física-institucional: el consultorio tiene un espacio reducido (2 por 2 mts), también es aparentemente privado dado que en la consulta intervienen varias veces los médicos internos y enfermeras. Otro factor que influye indirectamente es que la institución misma impone un formato que el médico aplica en todo momento y situación: pregunta y responde de acuerdo a un formato (llenado en ficha con requerimientos «objetivos»); también diagnostica y lleva un seguimiento de acuerdo a un protocolo de investigación. El tiempo también está determinado: son 15 minutos de ley, pero debido a las necesidades de la atención pública (la cual es generalmente masiva) muchas veces tienen que atender a los pacientes conforme van llegando (aunque algunos médicos utilizan criterios personales, como salteando uno citado por uno esporádico, etc.).

La propuesta del médico en el caso a analizar es clara, su diagnóstico ya está dado de antemano y por protocolo, solamente quiere persuadir a la paciente de qué es lo mejor para su caso, y para ello utiliza recursos pragmáticos. En sí, el posible oponente o interlocutor en términos de debate lógico está representado por la paciente, sólo que no opone contra-argumento alguno a la propuesta del

médico, delegándole con ello toda la autoridad de decisión (que finalmente tiene que ver con la vida del paciente).

Al principio se presenta una estrategia retórica de *apertura* y acercamiento comunicativo, aquí es determinante el tono de voz y el contexto situacional (1).

1. D.-¿Esta es primera vez?[     ].     (50»)
2. P.- [Huhumm].
3. D.- =Bueno/ yo soy el doctor Pedro Zavala de oncología éh! , yo las voy a ver el día de hoy.

Realmente no hay respuesta directa por parte del paciente en la apertura y así predomina en lo sucesivo, las invitaciones son meramente convencionales y la sintaxis es un tanto exclamativa. Los gestos sociales del médico tienen una operatividad *deóntica*, es decir, su acción verbal mediatiza y establece diferencias entre el modelo activo y el pasivo. En este sentido, el médico introduce elementos a manera de pregunta (¿eh?, ¿sí?, ¿no?) que establecen relaciones de posibilidad o necesidad dirigidas a modelar la actividad verbal del paciente.

En muchos de los casos el doctor utiliza elementos retóricos que establece la cercanía con el interlocutor para fin de lograr adherencia bajo la premisa ideal de «debo ganar la confianza», lo cual responde también a un formato ya establecido de antemano por la institución (3). Las formulaciones de cortesía funcionan como una especie de *amortiguación* de la posible contraposición de parte del paciente, dado que es necesario controlar bajo plena aceptación del mismo y sobre todo, para lograr su cooperación. Por ejemplo, expresiones como «*es parte de la rutina*», «*al final platicamos de cuál es el plan*» tienen la finalidad de amortiguar la contraposición del paciente para que continúe la consulta.

Durante todas las consultas se mantienen dos aspectos fundamentales que sirven para mantener el texto de forma coherente, los *elementos cohesivos* sirven para dicho fin: Primero, el doctor establece la coherencia por medio de pautas de seguimiento, lo cual es una especie de *programa operativo* a seguir; segundo, desde la apertura el doctor deja en claro quién dirige o tiene la voz de mando, lo cual se logra a través de las preguntas. Todo el diálogo se establece a manera de pregunta y respuesta, con la finalidad de lograr una pauta de respuestas que llenen el formato de ficha médica. Se responde siempre en *función directa de*, en este sentido no hay desvíos. Es como si de antemano la aceptación se cumpliera de facto y no estuviera en cuestión o duda (4- final).

13. D.- ¿Piensa que haya tenido algún tumor que usted recuerde? ¿algún cáncer?,  
P.- No pero Paz en el intestino, D.- ¿quién?- P.- (( )) más chica que yo.
14. D.- ¿Pero una hermana suya? [ ] =Ok ¿vive o falleció?
15. P.- [Hermana mía] = murió.
16. D.- ¿De eso?

En esta parte del diálogo el interlocutor inserta un elemento de oposición aparente que argumenta la posibilidad de que la enfermedad que tiene sea debido a factores genéticos (predisposición por herencia), sin embargo la idea no tiene efecto alguno sobre el diagnóstico, sólo se anota como un antecedente. Vemos cómo la entrevista está muy enfocada a la obtención de datos para la construcción de un cuadro clínico (4-final).

43. D.- Son/ unos ganglios// =16 de Diciembre/ no la operaron aquí verdad!

En este caso el doctor hace un juicio basados en la experiencia profesional o en la autoridad, sin embargo no ofrece explicación alguna al paciente. En los casos que tiene que dar instrucciones el médico utiliza estrategias de cortesía que establecen una empatía con el paciente la cual tiene un gran valor de acercamiento, a pesar de que en realidad hay una orden de por medio.

59. D.- Bueno, vamos a ir poniéndonos la batita por favor, la vamos a pesar, la vamos a medir, la voy a revisar, veo los estudios y ya platicamos de su asunto, ¿sí? Sí por favor.

Algo que resalta del diálogo es que no se atiende mucho a los datos empíricos, es decir, no se emiten *enunciados constatativos* sino solamente enunciados *realizativos* que expresan ciertas pautas de seguimiento con toda la intensión (implica cierta fuerza, en este sentido es un *acto ilocutivo*) de modelar o lograr un cambio en la conducta del paciente que recibe el discurso (*acto perlocutivo*). Si el médico utilizara la constatación tendría buenos elementos para comprobar al paciente el tipo de enfermedad y la forma de tratamiento. Incluso se podría hacer un contraste con los procesos de otros pacientes para fin de poder comprobar que es mejor un tratamiento y no otro. En (43) por ejemplo, sí hay una evidencia de datos que dejan claro a qué se refiere y cómo lo constata.

63. D.- Porque hay muchos del pecho nada más y del tórax, ¿verdad?, pero creo que del hígado no hay nada, bueno, le hicieron...

64. A.- También es radiografía la del hígado.

65. D.- Solicita una radiografía, ok. (6'39»)

Los elementos de argumentación que indican certeza con respecto del discurso ya son aprobados por el locutor basándose en una investigación médica, sin embargo el paciente no está enterado de ello, de ahí que el locutor se maneje a manera de autoridad, incurriendo por ello en la *falacia lógica de autoridad*. Todo indica que el diagnóstico ya está dado por protocolo y solamente quiere persuadir de que es la mejor opción de tratamiento, todas las pruebas van a favor de ello, y las que no,

se disminuyen. Realmente no hay diálogo en ningún momento, solamente quiere persuadir de que el tratamiento es la mejor opción.

Las partes conclusivas también son persuasivas en sus explicaciones, dado que llega a proponer elementos externos al protocolo, el médico se da el permiso de utilizar la información probablemente con la intención de lograr confianza para el restablecimiento del paciente. Las expresiones como «*Ya no hay tumor!*» tienen fuertes implicaciones en el paciente, ya que podría interpretarlo como el término de la enfermedad, caso que no es verdad ya que el protocolo señala bien la existencia de un proceso de *metástasis*,<sup>2</sup> proceso que además es bien conocido en la etiología del cáncer.

En este sentido *la certeza* se otorga por ejercicio persuasivo que deja de lado el protocolo, pero se plantea en términos de *posibilidad* «sabemos que pueden regresar» (56). En cierta medida la relación *deóntica* entre la posibilidad y la actividad es fuertemente cuestionada porque de ello se puede plantear cualquier cosa, el argumento se establece de la siguiente manera:

«Es posible que suceda esto o su contrario, me decido por uno de ellos y sin embargo, sigue siendo posible la otra».

Lo cual implica un desligamiento de la responsabilidad fuerte del médico dado que se acepta que posiblemente se de la opuesta a la elegida. En sí el argumento es débil en términos lógicos, pero en términos retóricos es fuerte porque logra tanto la adherencia del paciente como la libre acción del doctor.

La parte fuerte de la argumentación se da en (57-61), lo cual es acertado en términos técnicos, el problema más bien sería: si el médico logró darse a entender al paciente, dado que no le pregunta nunca si entendió lo dicho. Se sitúa en un lenguaje intermedio entre el registro especializado y el lenguaje coloquial del paciente con esta finalidad, pero no cierra el diálogo preguntando la manera en la cual fue recibida o comprendida la información. Como elemento notable, en esta parte se da el cambio del uso de la segunda persona del singular reverencial o de respeto (*usted*), al uso del *tú*, lo cual no queda claro a qué responde, dado que se podría pensar que el médico pasa del registro protocolario a otro tipo de registro que implica cierta cercanía.

Las distintas oposiciones que establecen la diferencia de los casos parecidos al que presenta la paciente como en (58) sirven para reducir el compromiso del médico, funcionando así como un elemento retórico que inserta la opinión personal. Un argumento fuerte es cuando se añade a lo dicho a partir de una evidencia o causa, lo cual sucede en (60) con el conector lógico *entonces*. Además se encuentra la construcción «si tuviéramos... tomaríamos», donde el uso del verbo condicional

---

<sup>2</sup> [Diseminación de una infección a otros órganos alejados del infectado sea por vía linfática o sanguínea.](#)

funciona como una especie de conector lógico que marca implicación o condición para tomar otra decisión respecto del diagnóstico.

Pero también encontramos en (60) elementos que disminuyen o reducen a uno de los pocos datos que podrían servir como evidencia en contra del diagnóstico, el cual es importante porque es el resultado de patología. Con dicha disminución del argumento opuesto se modifica el nivel de implicación y de compromiso, dado que la implicación posible de aceptar como importante el dato implicaría un contra-argumento en contra del sostenido durante todo el diálogo, además que utiliza el elemento retórico de *apelación al elenco* haciéndolo parte del juicio: «pero en realidad hay más signos a favor que en contra, ¿no?». Esto es importante porque durante todo el diálogo nunca hubo apelación alguna, sólo cuando se encuentra un dato en contra de lo sostenido se apela al paciente, a pesar de que en ningún momento se le había aceptado que supiera algo al respecto.

Finalmente, también resalta en el diálogo que el paciente hace uso de modalizadores en todo el tiempo, lo cual parece ser interpretado por el doctor como un asentimiento a lo dicho. Sin embargo, todo indica que las expresiones están muy cuidadas dado que se expresan antes de la enunciación de elementos importantes, como afirmación o duda ante lo dicho. También son utilizadas ciertas expresiones como recursos mnemotécnicos ante una pregunta, ya que le dan algo de tiempo para poder expresar la respuesta.

*Tipos de infortunios en la consulta médica.* La mayor parte de los actos de habla emitidos en la consulta son convencionales, en este sentido permiten los *infortunios*, que no son otra cosa que: fallos en las condiciones requeridas para las acciones. Cuando se dan fallos en los actos de habla se producen abusos o «actos huecos», como sucede en las interrupciones, en los cambios de tema, en las impertinencias expresas, etc. El caso más rotundo que se presenta constantemente a manera de interrupciones: por entrada de otras personas, por llamadas telefónicas, etc. El fallo en el acto de habla se puede representar en el siguiente ejemplo:

67. D.- Sí, espérese poquito eh [ruido] esto no es del pecho [ruido] es de la piel debajo de (( )).
68. D.- °(( ))° (por favor // ultrasonido del hígado)° E.- (( )) [ruido de teléfono].
69. E- (10») Martha Cárdenas °(( ))°.
70. D.- (10») Ahorita vamos a // vamos a comentar // a comentar esto, ¿no? // por las características pues del / del tumor / // ahorita le voy a comentar qué es lo que vamos °(a)°...
71. [Tocan-entran] D2.- Hola. // D3.- Hola doctor. E.- hola
72. D.- Muy bien / este // doña Juana. P.- Sí (8'26»)

En (68) el sonido del teléfono y el cambio de tema que viene en consecuencia es una muestra de acto hueco, la indicación anterior «<sup>o</sup>(por favor / / ultrasonido del hígado)<sup>o</sup>» no logra el cometido de provocar una acción concreta por parte del paciente. La información que añade después el médico en (70), tiene toda la intención de recuperar el hilo de la conversación para que se pueda continuar con la consulta, sin embargo quedan inconclusas las indicaciones del procedimiento a seguir. El acto de habla «ahorita le voy a comentar qué es lo que vamos <sup>o</sup>(a)<sup>o</sup>» es un acto *hueco insincero* porque intenta un acto de *habla directivo*, pero de forma simulada, no consigue su objetivo de dirigir o indicar la acción del paciente.

Los ejemplos a continuación son tomados del REC.8 en la consulta 1, en ellos encontramos también fallos en los actos de habla:

19. P.- No dijo que me iba a quitar eso y me iba a dejar una bonita [A.- a dejar bonita]

20. A.- Sí, sí dijo / / o ya se va a rajarse®.

21. D.- <sup>o</sup>((*ehe*))<sup>o</sup> (Risas A y D2).

22. A.- Usted ((                    )).

23. A.- Es más que los dos/ júntense pa' que la de/ la dejen bonita [D.- Sí ((*pues*))].

24. P.- <sup>o</sup>((*Quitenme*))<sup>o</sup> la panzota mejor / / A.- <sup>o</sup>((*la lipo*))<sup>o</sup> (Risas).

25. D.- De lavadero [ ((        )) ].

26. D2.- / / / ¿Sangrado?

27. P.- Sí / / Cada periodo es muy abundante.

En (19) la paciente recuerda al médico de la promesa hecha con anterioridad «va a quedar bonita», lo cual confirma la acompañante. Sin embargo, el acto de habla no logra su cometido, es un *infortunio por desacierto* (esto por una *mala apelación al procedimiento*) al producir un efecto nulo en el médico, ya que éste último rompe con la secuencia e introduce elementos paralingüísticos en (21), y lingüísticos en (26) que introduce una nueva pregunta que rompe con el principio de pertinencia además de que se produce un *acto de habla hueco de incumplimiento*. La petición del paciente está velada con el bajo tono de la voz en (24), a lo cual responde el médico con un nuevo *acto hueco insincero* porque hace una afirmación que aparenta el procedimiento a seguir en (25), pero realmente no existe la intención de que se vaya a proceder de esta manera en la operación.

*Formas frecuentes de evitar el equívoco en el discurso médico.* La teoría de Searle (1969) trata de evitar el equívoco proponiendo una serie de condiciones de la adecuación de los enunciados:

1. *Condiciones de contenido proposicional:* características significativas de la proposición empleada para llevar a cabo el acto de habla (la referencia incluye la temporalidad).

2. *Preparatorias*: las que se necesitan para darle sentido a un acto ilocutivo (incluyendo el poder).
3. De *sinceridad*: centradas en el estado psicológico del hablante que expresan lo que debe o siente en realidad.
4. *Esenciales*: la emisión del contenido proposicional en las condiciones adecuadas cuenta como la realización de un tipo de acto de habla.

De igual forma como Austin (1962) lo proponía, Searle dice que cuando no se cumplen las condiciones anteriores hay una especie de *infortunio* que varía en sus consecuencias de acuerdo a la regla infringida (nulidad, o vacío), lo cual se podría explicar desde la teoría kantiana del juicio que dice que cuando los conceptos se relacionan con los conceptos puros de la intuición (espacio y tiempo), entonces logran el efecto o tienen la fuerza para lograr algo (o no son defectuosos en la forma). Por su parte los conceptos puros de la intuición son plenos cuando se relacionan con conceptos derivados o abstraídos de la percepción. Una de las principales críticas a la teoría de los actos de habla es que el significado pragmático se analiza en categorías abstractas, y cuando éstas se aplican a las realizaciones concretas pueden presentar problemas de límites. Otro posible problema dentro de la teoría es que no considera los actos ilocutivos que no tienen un significado literal, de hecho se presentan debilitando alguno de los elementos de la relación, forma gramatical-acto ilocutivo, lo cual es llamado *acto indirecto*. Algunos llegaron a proponer que lo que variaba era el predicado realizativo abstracto del que depende la oración. Gordon y Lakoff (1975) establecen ciertos tipos de reflejos de la condición, la cual se logra gracias a la variación de la forma gramatical por el contexto que impide la literalidad. Sin embargo, Searle desecha la propuesta a favor de una simplicidad de la estructura de análisis.

El hablante comunica al oyente más de lo que dice basándose en la información de fondo compartida, tanto lingüística como no lingüística, y en los poderes generales de raciocinio e inferencia del oyente (1980: 60-61).

Las formas descritas anteriormente en el análisis del *corpus* nos brindan un ejemplo claro de que la información no llega a comprenderse por el hecho de haber sido enunciada. Para que el paciente entienda necesita de acoplarse y comprender el discurso del médico, de igual manera que el médico se acopla al discurso del paciente. Este acoplamiento estructural se da paulatinamente y al paso de los años, de ahí que para un paciente con una enfermedad crónico-degenerativa sea tan claro el discurso del médico, y para otro, como un paciente de consulta externa o familiar por ejemplo, le sea tan complejo o incomprensible el diálogo en consulta. Esto es un claro indicador de que es necesario compartir algo más que el significado literal: lo que he manejado aquí como cultura médica.





## CONCLUSIONES

De acuerdo con la tesis de Grootendost una disputa se *resuelve* cuando las partes han cedido en su argumentación a favor de la más convincente, sea porque alguno de los interlocutores no logra sostener la argumentación, o porque se da cuenta que es errónea su postura. La teoría acierta de alguna forma porque generalmente el paciente cede a favor de los argumentos expuestos por el médico, pero esto no quiere decir que el argumento explique o compruebe en sentido estricto las pruebas en las que se basa para hacer tal prescripción. La argumentación se presenta entonces como una forma persuasiva de adherir al paciente a lo que dice el médico, en este mismo sentido acierta Grootendost cuando dice que se presentan siempre actos de habla significativos para la resolución de la disputa en sus distintas etapas.

Cabe resaltar que en la mayor parte de los discursos prima la función *fática*, esto indica que muchas de las metáforas se introducen con la finalidad de establecer el contacto y empatía, tanto del médico como del paciente. Esta es una prueba a favor de la tesis de Jakobson (1960) quien señala la presencia de todas las funciones en el acto de comunicación y que algunas veces predomina una sobre las otras, lo cual no implica que se eliminen las demás. Para Jakobson la función que se está cumpliendo es la *apelativa* o *conativa*, sin embargo, la argumentación de los médicos se presenta como una forma de orientación del discurso hacia el paciente (interlocutor) para que modifique su conducta o se crea lo dicho.

El discurso se presenta como apunta la tesis de Adam (1986, 1992) y Bateson (1966), como una función con autonomía propia que está orientada a «hacer creer» o «hacer hacer» al interlocutor. En el análisis de las estrategias de comunicación que utilizan los médicos la forma de hacer creer al otro puede presentarse como un discurso vacío, o totalmente ambiguo que conduce a contradicciones. El problema con los discursos ambiguos es que el paciente asimila solamente lo que el médico quiere que sepa, dejando de lado todas las posibles contradicciones o contraindicaciones a lo prescripto.

La invención de *figuras* en el discurso médico es muy productiva, y puede darse en el nivel morfológico o en el nivel de la frase. Los tipos de *figuras* que expresan un nuevo sentido o efecto estilístico particular muchas veces tienen la intención de explicar algo no del todo claro en lo que se está describiendo o explicando a partir de la comprensión o conocimiento que se tiene del fenómeno. Los conceptos *metonímicos* y *metafóricos* se presentan de forma sistemática al situarse en la base experiencial que generaliza al concepto, de esta manera, sitúa al concepto dentro de un sistema conceptual preciso y coherente que permite la resignificación. Los cambios en el uso de las palabras y en las frases sirven para significar procesos de enfermedad o sintomatología, de esta manera facilitan la información organizando los pensamientos de manera sea más accesible y comprensible la reorganización de la base experiencial que tiene el paciente de su enfermedad.

Los recursos retóricos y pragmáticos utilizados en la consulta pública tienen dos distintas funciones: *a)* por un lado sirven al médico para facilitar o simplificar la información al paciente; *b)* por otro, sirven como recurso que evade la responsabilidad de respuesta y explicación de los procesos de enfermedad, alternativas de solución y reacciones o riesgos del tratamiento. Ambas funciones dejan en claro cómo se ejerce la consulta pública, donde finalmente el médico es quién decide qué se hace y cómo, dejando de lado la experiencia del sujeto que padece la enfermedad y su derecho a decidir sobre su vida misma. En este sentido se pueden entender mejor los fenómenos de distanciamiento, manejo de información y uso de sentido indirecto, todos ellos utilizados en la consulta pública.

Uno de los supuestos de partida fue la aceptación de que, para que el paciente entienda mejor las indicaciones médicas era necesario que obtenga un mínimo de cultura médica. La manera en la cual el paciente accede a los criterios públicos de definición, o al registro particular de los médicos, es gracias al tipo de diálogo establecido en consulta. Los recursos retóricos y pragmáticos sirven para poner al lenguaje de manera accesible para el paciente, de forma tal que él pueda identificar su sensación de acuerdo a la práctica verbal del registro médico. De esta manera, no sólo intervienen en el proceso dialógico de educación, sino que además permite que la información sea más accesible para el paciente. La difícil tarea de la educación correspondiente al lenguaje de las sensaciones rinde finalmente frutos cuando el paciente es capaz de poner en palabras su propiocepción, coadyuvando con ello en el reconocimiento y atención de la enfermedad.

Si bien el lenguaje utilizado para la designación de objetos no depende de otro lenguaje auxiliar, en el lenguaje utilizado para las describir las sensaciones se utilizan criterios privados, lo cual puede llevar a confusiones. El caso del registro del dolor es ejemplar, para poder tener un conocimiento de este aspecto subjetivo se recurre al uso de *metáforas estructurales* que se enfoca en sus semejanzas o analogías para mostrar algo que no es posible mostrar, como: «calambre», «toque eléctrico»,

«caliente», «arde», «ardoroso» y «cortado». Por su parte las *metáforas ontológicas* sirven para medir la intensidad del dolor mediante la cosificación de la propiocepción del paciente, ya que considera como entidad-sustancia a la sensación de dolor, como en: «grande» que está en relación con lo «pequeño», porque se presenta como parte de un continuo que sirve de proyección de algo subjetivo a algo conocido y medible como una escala graduada. Como el paciente no cuenta con un lenguaje técnico (práctica verbal del consenso médico) que le permita expresar su dolor, el doctor utiliza una guía para que pueda transmitir la propiocepción. De esta manera, los médicos ponen de manera relevante los estados mentales bajo un lenguaje que puede ser transmisible, así, aunque esté en la antesala del lenguaje propiamente científico, sirve para resaltar o focalizar la intensidad y «forma» del dolor.

Aun cuando los conceptos implicados en la relación no tengan una correspondencia real sino imaginaria, la metáfora cumple un fin heurístico al explicar o exponer en este caso la sensación del dolor, de manera que se vuelve accesible o transmisible para el médico, además de que contribuye en este sentido al seguimiento y atención del proceso de enfermedad. En este sentido, las metáforas y metonimias contribuyen al proceso de aprendizaje de una cultura médica necesaria para la atención de la enfermedad, facilitan el aprender los criterios públicos de definición de manera que el paciente puede expresar su sintomatología sin problema alguno para su registro.



## ANEXO

### TRASCRIPTACIONES DE GRABACIONES

#### Consulta 1

(Poco entendible)

1. E.- 28 de enero del 2008 consulta de clínica del dolor.
2. D.- Limpiar muy bien, bueno de este lado...
3. A.- Lo que ella propone....
4. D.- Yo le sugeriría siempre, hay que hacer las cosas un poco más...
5. A.- Un poco más.... esa bolita, oiga en un 30 por decir por decir un número...
6. P.- Yo digo que en un 40, este ahorita me duele un poquito pero ya que me siento y me acomodo ya es mejor.
7. A.- Pero o sea a veces luego de andar parada se cansa y no aguanta ( ).
8. D.- Bueno lo que podemos hacer es aumentar la dosis ( ) eso no es ningún problema, usted está viendo que está tomando una tercera parte de la dosis que tomaba, aumentamos un poquito más, no le va a pasar absolutamente nada.
9. P.- La dejamos para cuando me toque que me la cambie ya vemos, a ver...
10. A.- Como el miércoles... pero, que cree doctor!, primero van las ampollitas.
11. D.- ¿Cuánto costaron las ampollitas?
12. A.- Éstas 150 (1:20).....no tiene ampollita 5 y media la otra eran 4. ¿?
13. P.- Muchas gracias eh doctor muy amable!
14. D.- No, no, con calma yo pienso que eso no es un ejemplo pero puede ser, cuando se corta un dedito se le pone el dedito como rojito.
15. A.- Pero si sigue así o mas rojito nomás cambio.....( ) el miércoles.
16. D.- Normalmente lo que debe hacer es quitar la prótesis y cambiar solamente ( ).
17. P.- Pero si quedo algo de agüita ( ) ¿?
18. D.- Claro que sí sin pendiente.
19. P.- Muchas gracias doctor.
20. D.- 798.

21. GRABACIÓN 2
22. D.- (Ruidos) ¿Conmigo no viene verdad? Josefina...
23. D.- ¿Cómo esta?
24. P.- Ay! yo malísima.
25. D.- ¿Por qué? Platíqueme.
26. P.- Tengo un dolor de piernas.
27. D.- Dolor de piernas.
28. P.- Desde la cintura para abajo y me han recetado mil cosas y nada.
29. D.- Ahorita vamos a ver, ¿es María, verdad?
30. P.- Sí.
31. D.- María Hernandez Gómez.
32. P.- Sí D.- 45 años.
33. P.- Bueno ya 46 (risas) el 31 de diciembre.
34. D.- Estaba como de 45 no se mortifique ¡ah!, a usted la ve la doctora Cruz, ¿verdad?
35. P.- Sí.
36. D.- Ok, dejo el tamoxifeno y clordiazepan, ok (3:35).
37. P.- No me han dado.
38. D.- No le han dado, ésta es fue del... tiene toda la razón, ésta fue de enero 9 de enero del 2008 P.- desde ese día no tengo una pastilla.
39. D.- Válgame Dios!
40. P.- Ya me muero del dolor de mis brazos.
41. D.- No se preocupe. ¿Cuándo vino conmigo la última vez?
42. P.- Fue el 8 de diciembre.
43. D.- 8 de diciembre.
44. P.- Por el ahí del 6 vine que me dijo que se iba a ir de vacaciones.
45. D.- Ey!
46. P.- No, la doctora no me ha querido dar nada, ni la insulina!
47. D.- No le digo! Pos ya ve como somos por eso nadie nos quiere.
48. P.- No, no todos.
49. D.- Eh.
50. P.- No todos.
51. D.- A ver hemoglobina de 12, esto es de noviembre, plaquetas normales, leucocitos normales, glucosa un poquito elevada, ¿es diabética?
52. P.- Sí ----- tengo ---(4:26).
53. D.- Me acaba de decir, urea de 28, creatinina .7, esto es de noviembre, bueno. Esta funcionando muy bien su riñón.
54. P.- Sí verdad.
55. D.- Eso es bueno, muy bueno, eh!

56. P.- Sí.
57. D.- A ver entonces, ¿qué le había dado yo?
58. P.- La última vez fue dextroproxifeno y cloridazepan me puso para tranquilizarme (5:02).
59. D.- Mhm, cloridazepan. ¿En dónde tiene usted dolor María? Recuérdemelo por favor.
60. P.- Es todo de la cintura para abajo, la planta de los pies, las rodillas todo, todo me duele.
61. D.- Y con el dextroproxifeno, ¿se le quito el dolor?
62. P.- Me dieron éstas.
63. D.- Sí.
64. P.- El otro día un doctor ya no... el que me da las radiaciones.
65. D.- Le dio de éstas.
66. P.- No. Me mandó con ese el doctor con el mismo doctor de allá del 5.
67. D.- Sí.
68. P.- ¿Por qué camina así? Le digo, ay es que me duelen mucho los pies! Desde que me dieron la primera quimioterapia no se me quita, dice vaya con el doctor a ver si le da algo, pos me dio esas.
69. D.- Ajá.
70. P.- La doctora me dio éstas y no se me quita tampoco con nada.
71. D.- Haber María, déjeme ver, la tiamina, pirodoxina clorodamina (5:57) bueno muy bien María vamos haciendo esto, aquí tenemos una tablita, si, sí la conoce, ¿verdad?
72. P.- Sí, sí.
73. D.- Cero nada de dolor 100 todo el dolor del mundo, ¿de qué tamaño es su dolor? Muéstremelo por favor. Así de grandote!
74. P.- Así de grande.
75. D.- ¿Todo el tiempo?
76. P.- Diario, yo...
77. D.- María, tomando esto, ¿se le quita el dolor?
78. P.- No se me quita, ya me acabé un paquetito.
79. D.- ¿Y no le sirve de nada?
80. P.- Y me dijo el doctor que si iba a la terapia y me sentía bien le avisara, pos' no le voy avisar que no.
81. D.- Que no sirve.
82. P.- Que no me sirve nada.
83. D.- Bueno, mire María lo ideal sería cambiar a un medicamento que sí sirva, uno más fuertecito porque éste ya no le sirvió. Emm para eso podríamos empezar a tomar un medicamento que usted ya lo conoce, ¿si ha oído hablar de la morfina por ahí?

84. P.- Ey D.- La morfina es el mejor analgésico del mundo, es el más fuerte el más poderoso, sí. En nuestra cultura la gente y sobre todo las comadres chismosas (risas) le van a decir «no no vayas a tomar eso te vas a volver adicta, es una cochinada».
85. P.- E mí me dijo una señora en la terapia....
86. D.- Bueno.
87. P.- Que no era muy mala.
88. D.- No es cierto, esa gente no sabe.
89. P.- Le dije «no yo ya me la tome y le dije si me puse mal pero no para morirme, como dice usted, no».
90. D.- No, no es cierto, ¿usted ha tomado la morfina?
91. P.- Sí.
92. D.- Ok, ¿se la di a prueba una vez?
93. P.- Sí, aquí en su consultorio.
94. D.- Y, ¿cómo le fue?
95. P.- Lo único que me estriñó mucho, y me puse muy mal, fue cuando me internaron, eso es lo único que me pasó.
96. D.- Usted ya sabe, porque yo ya le había explicado, que la morfina estriñe mucho, ¿si se acuerda?
97. P.- Mhm.
98. D.- Y que cuando uno empieza tomar morfina debe de tomar además de fibra que es avena, ¿si se acuerda?
99. P.- Sí.
100. D.- Debemos empezar a tomar otras cosas además también le había dicho que debíamos estar en contacto muy estrecho porque para poder ayudarle necesito que usted me diga en que le puedo ayudar si usted no me dice yo no puedo adivinar.
101. P.- Por eso ya no había venido, porque haga de cuenta que doy el paso y como que se me doblan los dos pies.
102. D.- Mhm.
103. P.- Y ya, este.... Le dijeron a mi hija pues que no me dejara andar sola.
104. D.- Claro.
105. P.- Pero si ella trabaja no puede andar conmigo.
106. D.- No puede dejarlo nada más así; pero lo que yo le estoy diciendo, ¿si está entendido? Yo si necesito que me haga ver si algo no va bien, ¿sí?
107. P.- Sí.
108. D.- Si usted no me lo hace ver pues yo no puedo saberlo.
109. P.- No si, yo sé D.- Y voy a suponer que usted está muy bien P.- No no (risas).
110. D.- Entonces necesito que me ayude.
111. P.- Mmm.



112. D.- Los primeros tres días con la morfina siempre hay mareos y náuseas, las náuseas son asco, ganas de vomitar; no es bueno que vomite, entonces yo le voy a dar un medicamento para que no vomite.
113. P.- Y, ¿no hay inyectada de ésa?
114. D.- Sí, sí hay inyectada, claro que sí.
115. P.- Mmm.
116. D.- La cuestión es que a pesar de los medicamentos algunas veces le da un poquito de asco entonces no hay que asustarse «hay no me dé esa cochinada».
117. P.- Mmm.
118. D.- Hay que tener un poquito de paciencia mientras el cuerpo se acostumbra a la morfina cuando ya el cuerpo se acostumbra esto pasa completamente.
119. P.- Mhm.
120. D.- ¿Sí, María?
121. P.- Sí.
122. D.- Pero si necesitamos hacer eso y con morfina, le digo es un analgésico buenísimo, se utiliza en los países del primer mundo: Estados Unidos, Canadá, muchos países de Europa, en México no porque somos tercermundistas.
123. P.- Ey.
124. D.- Y por que las leyes las hacen los diputados y los diputados son una bola de flojos (risas) que nomás sirven para robar.
125. P.- Para irse de vacaciones.
126. D.- Así es (risas).
127. D.- Y no para ponerse bombos y para comprar cuchitrijos bueno para esto y para fregar al pueblo es para lo único que sirven, entonces es muy importante eh, bueno comprender lo que le estoy diciendo yo.
128. P.- Sí.
129. D.- Si algo no va bien por favor dígame, las leyes en cuanto los medicamentos las hacen los diputados.
130. P.- Mmm.
131. D.- Por eso yo tengo que darle las recetas así como ellos lo exigen, ¿eso sí lo sabe María?
132. P.- Sí.
133. D.- Entonces una receta especial para esto, no es tanto realmente «ay te vas a volver adicta» es una estupidez es una mentira horrible.
134. P.- Que se dicta uno.
135. D.- Que se dictan mucha cultura y lo dictan también las autoridades ignorantes porque no tienen idea y se ponen a hacer leyes de lo que no saben.
136. P.- Sí.
137. D.- Bueno necesito que estemos en contacto.
138. P.- Sí.

139. D.- Si me haría favor de avisarme.
140. P.- Sí sí cuando sienta yo algo yo vengo.
141. D.- Los primeros tres días un poquito de mareos; es importante que no vomite a toda costa cuando uno vomita se pierden muchas energías ya se lo había explicado (gruuu) se contrae el diafragma como levantar una pesa.
142. P.- Sí como cuando me daban la quimioterapia así.
143. D.- Entonces hay que evitar que vomite para que no se disminuya su fuerza.
144. P.- Sí.
145. D.- ¿Si me hago entender?
146. P.- Sí.
147. D.- Entonces yo le voy a dar medicamento para eso, sale!
148. P.- Sí.
149. D.- Sin embargo necesito que me ayude manteniéndose en contacto si todo va bien.
150. P.- Mhm.
151. D.- Sí.
152. P.- Sí.
153. D.- Ándele pues, su riñón está funcionando bien, el problema más grande para la morfina es cuando el riñón no funciona porque se acumula y no lo podemos aventar para otro lado pero mientras el riñón esté perfecto como ahorita.
154. P.- No hay problema.
155. D.- Y sus exámenes de noviembre dicen que su riñón es una chulada.
156. P.- Mhm.
157. D.- ¿De acuerdo?
158. P.- Sí.
159. D.- Entonces cambiaríamos, vamos a cambiar a morfina con otros analgésicos ¿Cómo anda de su barriguita? Su pancita no trae colitis, gastritis así.
160. P.- No porque me tomo la....
161. D.- Diclofenaco.
162. P.- No, no el otro.
163. D.- ¿El otro?
164. P.- ¿Cómo se llama?
165. D.- No sé.
166. P.- Un frasquito así como éste que trae pastillas que como para que me limpie y días no me haga efectos.
167. D.- ¿Omepraxol?
168. P.- Omepraxol.
169. D.- Ah! Con el omepraxol no le afecta.
170. P.- No, no me afecta nada el dextropromixifeno¿? (12:25).

171. D.- Ok.
172. P.- El dextropromixifeno no me hace nada.
173. D.- Este es dextropromixifeno, éste es un analgésico como la morfina, pero éste es chiquito, chiquito.
174. P.- Mhm.
175. D.- Y la morfina es grandote, grandote tiene un poder muy grande nunca debe tomar éste que se llama dextropromixifeno, nunca con morfina porque este le quita el poder a la morfina, entonces si va a entrar a protocolo de morfina, morfina.
176. P.- Y ya....
177. D.- Esto para nada lo va a tomar al cabo ni dolor le quita.
178. P.- Mhm.
179. D.- ¿Estamos de acuerdo?
180. P.- Sí.
181. D.- Ándele pues.
182. P.- Ni dextropromixifeno ni del otro me va a dar para el dolor del brazo.
183. D.- Con la morfina se le quita.
184. P.- ¿Con la morfina se me quita todo?
185. D.- Sí, claro que sí, primero Dios y si no se le quita, si algo pasa, si algo no va bien avíseme por favor. ¿Tiene dolor en su brazo?
186. P.- Sí.
187. D.- ¿El dolor es como calambre?
188. P.- Calambre y eh como que el hueso ya me duele.
189. D.- Como hasta el hueso, ¿toque eléctrico?
190. P.- Ey.
191. D.- ¿Caliente?
192. P.- No, a veces no, anoche... ya tengo días que no duermo pero porque...
193. D.- ¿Le arde el dolor?
194. P.- Sí.
195. D.- Sí arde es ardoroso.
196. P.- Sí.
197. D.- Ok. Bueno, ¿el dolor es adolorido?
198. P.- Sí, todo el día todo el día.
199. D.- ¿Cortado? Ok.
200. P.- Cuando me tomo las pastillas no, pero cuando no, ay!
201. D.- Ok. Ahí anda con eso, ¿ha tomado carbamazepina?
202. P.- Sí.
203. D.- ¿Esta tomándola?
204. P.- No tengo ahorita.
205. D.- Pero, ¿sí la tomaba?

206. P.- Sí.
207. D.- ¿Cuánto tomaba de carbamazepina?
208. P.- Una en la mañana y una en la noche.
209. D.-¿Y no le causaba mucho sueño ni nada de eso?
210. P.- No.
211. D.- Perfecto. ¿Le parece bien si continuamos con carbamazepina, diclofenaco y morfina?
212. P.- El diclofenaco, ¿para qué?
213. D.- El diclofenaco es un mejoralote, ¿conoce los mejorales?
214. P.- Sí tengo mucho, pero no me hace.
215. D.- No le hace, ah!, por eso no lo toma, bueno, vamos a ver, diclofenaco no le funciona. ¿Ha tomado algún otro analgésico?
216. P.- No mire...
217. D.- El diclofenaco si no quiere tomar dos no los tome pero cuando menos debe tomar uno en la noche.
218. P.- Mhm.
219. D.- Le voy a decir el diclofenaco actúa por una vía normalmente, ay... son como vías de ferrocarril.
220. P.- Mhm.
221. D.- Y el dolor camina por esas vías hacia el cerebro y el cerebro dice «ay que dolor tan fuerte».
222. P.- Mhm.
223. D.- Pero a veces esas vías del ferrocarril se cierran; por ejemplo usted dice que diclofenaco no le hace efecto pues esa vía ya se cerró entonces le vamos a dar morfina pero para que no se cierre la vía de la morfina también tenemos que darle un poquito de diclofenaco por que es otra vía, por aquí ni por acá va a pasar el dolor, ¿si me explico?
224. P.- Mhm.
225. D.- ¿De veras me explico?
226. P.- Sí.
227. D.- Sí, entonces por eso vamos a impedir que no haya dolor cerrando todos los caminos por eso es necesario que tome diclofenaco por lo menos una pastillita por la noche después de cenar.
228. P.- Mhm.
229. D.- Nunca con la panza vacía.
230. P.- A no, no yo como alimento si no.
231. D.- Ok, bueno entonces es lo que vamos a hacer, la carbamazepina es especial para el tipo de dolor que usted tiene: el dolor de brazo que arde, ese dolor de brazo como toque eléctrico.
232. P.- Mhm.

233. D.- Es un dolor neuropático entonces usted sabe que el dolor es mixto tiene que tomar por eso varios medicamentos ¿si me explico María?
234. P.- Sí.
235. D.- Segura, segura.
236. P.- El viernes iba a venir pero no dormí toda la noche, dos días antes...
237. D.- Bueno.
238. P.- Del dolor dije mejor voy hasta el lunes.
239. D.- Bueno, ¿pero si nos estamos entendiendo? Entonces se tiene que tomar todos los medicamentos así como se los indico, no me los cambie, no me suspenda aunque se siente usted muy bien María porque si no vamos a tener problemas, ¿si me doy a entender?
240. P.- Mhm.
241. D.- Entonces no me la vaya a suspender por nada del mundo, esta bien.
242. P.- Mhm.
243. D.- Y acuérdesese que los primeros días va a haber un poquito de náuseas a lo mejor pero va a pasar si ya esta tomando morfina tómesela al pie de la letra, ¿si María?
244. P.- Sí.
245. D.- Siete de la mañana, tres de la tarde, once de la noche, sin excusa ni pretexto.
246. P.- Mhm.
247. D.- Aunque se sienta muy bien si ya se la está tomando precisamente para que no se sienta mal para que siga sintiendo bien, ¿si esta claro?
248. P.- Sí. Bueno y el dese cloradiazepan si me da, no tengo nada.
249. D.- Claro que sí! Si le voy a dar cloradiazepan porsupuesto.
250. P.- Ya estaba castigada del medicamento (risas).
251. D.- No no pues venga con tiempo con mucho gusto yo la atiendo.
252. P.- Sí, sí gracias.
253. D.- Vamos a poner una notita, ¿le parece bien?
254. P.-Mhm.
255. D.- Lo que ya habíamos platicado es que, algunas veces cuando anda uno deprimido, triste es conveniente platicar con el sicólogo, en su estado puede estar en entera libertad, ¿recuerda?
256. P.- Sí, ya fui con él.
257. D.- Aquí está la sicóloga Blanca, Blanca ya esta aquí, ¿si la conoce?
258. P.- Sí, sí la conozco.
259. D.- Es una buena muchachita, se ve jovencita pues si se ve jovencita.
260. P.- Así se empieza para estudiar.
261. D.- No nos va a ganar en experiencia, nosotros ya estamos bien corridos.
262. P.- (Risas).

263. D.- Pero ella está muy bien entrenada a manera de pensar y nos enseña nuestros pensamientos que a veces no nos damos cuenta, ¿sí?
264. P.- Mhm.
265. D.- Y nos ayuda a como manejar los pensamientos como manejar al caballo a veces lo trepan al caballo, el caballo y se arranca run,run,run, entonces ya con un sicólogo nos enseña a como manejar el caballo que son los pensamientos.
266. P.- En caso de que me diera estreñimiento o algo, ¿qué tomaría?
267. D.- Para el estreñimiento normalmente le doy dos pastillas de senósidos por la noche.
268. P.- Mhm.
269. D.- Pero además de eso le voy a dejar unas pastillitas que desgraciadamente no hay aquí en Instituto.
270. P.- Mhm.
271. D.- Pero es barato es una... no son pastillas, es una cucharada, este se llama lactulaxa.
272. P.- Ah sí, el que le digo que me tomé.
273. D.- Ándele pues, vale como cien pesos una cosa así.
274. P.- Mhm.
275. D.- Se va a empezar a tomar además de los senósidos una cucharadita de lactulaxa una en la mañana, si usted ve que sigue muy estreñida le aumenta dos cucharaditas al día y si sigue estando le aumenta tres al día, nomás que no le doy tres cucharaditas por que si no resulta que de un derrepente se suelta.
276. P.- Ey.
277. D.- Entonces va a andar en un córrele que te alcanzo.
278. P.- (Risas).
279. D.- Y no queremos eso.
280. P.- No y tengo que venir a la terapia, por eso...
281. D.- Entonces empezamos poco a poquito.
282. P.- Sí.
283. D.- ¿Estamos de acuerdo?
284. P.- Mhm.
285. D.- Y su dieta con fibra, se acuerda que le había explicado.
286. P.- Sí.
287. D.- Que debía tomar avena, ¿sí?
288. P.- Mi hija se estriñe también mucho y ella de la nada porque no toma ningún medicamento.
289. D.- Mhm, ándele pues señora, entonces vamos a iniciar, usted ya probó la morfina, ya sabe más o menos como es, ok, entonces voy a poner una notita, ¿le parece bien? ¿Hay algo más señora María?
290. P.- Pos nomás que se me quitara mi dolor de mis piernas.

291. D.- Este... usted tenía un tumorcito de ovario, ¿verdad?
292. P.- No era de cáncer de mama.
293. D.- Ok, permíñeme por... me me confundí, ok.
294. P.- Mhm.
295. D.- Entonces, ¿esta con quimio ahorita?
296. P.- Con las radiaciones.
297. D.- Ok, entonces está en radiaciones, ¿le están dando quimio o no?
298. P.- Quimioterapia creo que ya no me van a dar.
299. D.- ¿Ya no le van a dar?
300. P.- Me van a tratar con pastillas.
301. D.- Cirugía ¿ya le dieron?
302. P.- ¿Mm?
303. D.- Cirugía, ¿ya la operaron?
304. P.- Ya el 4 de mayo.
305. D.- Y quimioterapia también ya le dieron.
306. P.- Quimioterapia también.
307. D.- Ok. Dolor quemante ardiente, ¿verdad?
308. P.- Mhm.
309. D.- Como toque eléctrico en su, ¿brazo izquierdo?
310. P.- En el izquierdo.
311. D.- ¿Y en sus pierns?
312. P.- En las piernas es así como... como que se me brinca la piel del dolor cuando lo traigo me brinca así la... la piel y es un dolor.
313. D.- ¿Cómo es el dolor?
314. P.- Ay pues no sé como explicarle pero demasiado fuerte.
315. D.- Ok, le ponemos el máximo dolor.
316. P.- Mhm.
317. D.- ¿Sale? Entonces dextroproxifeno no funciona, bien mmm. ¿Cómo anda ahorita durmiendo?
318. P.-Mal.
319. D.- ¿No duerme por el dolor o no duerme por andar pensando cosas por el dolor?
320. P.- Por el dolor.
321. D.- Por el dolor y su estado de ánimo, ¿también apachurradita por el dolor?
322. P.- Pues si también por...
323. D.- ¿Cuando no hay dolor se siente bien o anda tristoná?
324. P.- Pues dice mi hija y hasta mi hermana vive hasta México.
325. D.- ¿Sí?
326. P.- Y me llevaron a México que por allá en Veracruz vive un señor que con el barro quitaba los dolores de las piernas y que no sé que.

327. D.- Ajá.
328. P.- Y no me quitó nada.
329. D.- Eso es.
330. P.- Y me dice mi cuñada «no, tú ya te ves muy triste como que ya no eres feliz cuñada» porque pos la navidad me fui y me dormí «hay que cenar cuando quieran yo ya me voy».
331. D.- Ok.
332. P.- El año nuevo igual, ya no es la misma convivencia de antes.
333. D.- Ok de acuerdo, ¿con quién está viviendo ahorita señora Genoveva?
334. P.- Con mi hija.
335. D.- Ok.
336. P.- Ahora lo que me tiene así como bien estresada es el niño de ella porque es bien inquieto, ve la tele y la ve y le sube a todo el volumen le digo «bájale», «no ésta es mi casa tú aquí no vives» ya me pongo y digo « ay Dios mío!».
337. D.- Muchacho canijo para darle ésta y su jarro de agua.
338. P.- Así dice.
339. D.- Pues así son los muchachos ahora.
340. P.- Y le digo a ella en la mañana, le digo oyes le puedes decir, de una vez déjale dicho lo que tiene que hacer porque luego a mí no me obedece.
341. D.- ¿Por qué dejo de tomar la morfina?, ¿por el estreñimiento?
342. P.- Por el estreñimiento.
343. D.- Bueno, ok, entonces ahora sí vamos a hacer eso, como ya queda claro que va a haber estreñimiento vamos a evitarlo.
344. P.- Mhm.
345. D.- Pero no nos vamos a asustar por eso.
346. P.- Mhm.
347. D.- Si aparece algo el estreñimiento hubiera, llegara a aparecer tiene que avisarme.
348. P.- Sí.
349. D.- Rápido María, sí, para que no llegue a más.
350. P.- Sí.
351. D.- Ándele pues, ya sé el teléfono.
352. P.- No.
353. D.- Ahorita acuérdeme ahorita se lo doy.
354. P.- Sí.
355. D.- Para cualquier cosa por teléfono le voy a indicar.
356. P.- Sí.
357. D.- Bueno la nota diría así para que no me deje mentir si no ahorita la corregimos: tiene un tumorcito en su mama eh, actualmente ese tumor tiene activi-



- dad y actualmente está con radiaciones, ya le hicieron cirugía y ya le hicieron quimioterapia.
358. P.- Mhm.
359. D.- En este momento el dolor es ardiente como toque eléctrico en su brazo izquierdo pero en sus piernas ni en sus pies el dolor es en la piel, ¿si es así? Me dice que es difícil definir ese dolor.
360. P.- Sí.
361. D.- Entonces no lo especifica, el dolor es tan grande y si lo valoramos del uno al diez usted trae un diez de dolor.
362. P.- Mhm.
363. D.- Si quedamos en eso, ok. Luego dice el dextropropoxifeno no rinde buen resultado, refiere que está muy triste, yo entiendo pues porque toda esta tristeza pues con ese dolor quien no se pone triste, que duerme muy mal también es por el dolor y ella está viviendo en su casa con su hija.
364. P.- Mhm.
365. D.- Además un problema es muy estriñida, ya había iniciado la morfina pero no tolero por el estreñimiento precisamente, para estar alertas en ese punto.
366. P.- Sí.
367. D.- Estamos de acuerdo en ese punto, si, bien, entonces vamos a iniciar, ya nomás le voy a dejar cita en un mes cita abierta, ¿ya sabe cómo es eso verdad María?
368. P.- Sí.
369. D.- Si llega a necesitar una atención a urgencias se va a presentar sin hacer fila le dice «oiga me urge que me atiendan».
370. P.- Mhm.
371. D.- Ándele pues, pero de todas maneras saque cita para un mes y ese día...
372. P.- Sí ya me la dio de una vez la muchacha.
373. D.- Ándele pues, pero ese día si hay que hacer cola, eh!
374. P.- Sí ese día sí.
375. D.- Bien entonces necesitamos...(26:33) ¿Cómo ve? Y estas son las que nos ayudan.
376. P.- Las nuevas (risas).
377. D.- Las que van más aprisa. A ver. Entonces en esta edición aquí le vamos a pedir morfina treinta miligramos oral una tabletita cada ocho horas durante treinta días con horario fijo a las siete a las tres de la tarde y a las once de la noche.
378. P.- Mhm.
379. ¿De acuerdo?
380. P.- Sí.

381. D.- Junto con metroclopramida, ya sabe que esa pastillita va junto verdad.
382. P.- Con la...
383. D.- La metroclopramida es para que trabaje junto con el intestino que no se quede paradito.
384. P.- ¿Pero me la puedo tomar junta?
385. D.- Junta. No pasa nada.
386. P.- Sí, ah bueno.
387. D.- Sale.
388. P.- Mhm.
389. D.- Bueno entonces metroclopramida tabletas, oral, una tableta con intervalos de ocho horas durante treinta días esta venía junto con la morfina agregamos, le voy a dejar senósidos por la noche.
390. P.- Mhm.
391. D.- Esos son para que la popo sea flojita, ¿se acuerda usted?
392. P.- Sí.
393. D.- Ok, no se le olvide.
394. P.- No.
395. D.- Dos pastillitas por la noche, nada más por la noche.
396. P.- Mhm.
397. D.- Intervalos de veinticuatro horas durante treinta días aquí le vamos a poner por la noche a ver vamos....undazepron, ¿se acuerda de ése?
398. P.- No.
399. D.- El undazepron es una pastillita muy cara.
400. P.- Ah!, de la que me había comentado antes, sí.
401. D.- Es una pastillita que hay que ponerse, perdón hay que tomar una hora antes de la morfina, si la morfina es a las siete, ¿una hora antes es?
402. P.- Mhm.
403. D.- ¿A qué hora?
404. P.- A las seis.
405. D.- A las seis, si es a las tres de la tarde una hora antes.
406. P.- A las dos.
407. D.- Si es a las once de la noche.
408. P.- A las diez.
409. D.- A las diez.
410. P.-Mhm.
411. D.- Entonces una hora antes de los tres primeros días para que no tenga nauseas, acuérdesese muy bien de esto eh.
412. P.- Sí.
413. D.- Ándele pues, con intervalos de ocho horas durante tres días una hora antes de la morfina.

414. P.- Mhm.
415. D.- Agregamos luego undazeptron, usted me pidió inyectada, le voy a dar inyectable por dos días eh.
416. P.- Mhm.
417. D.- Esta solución inyectable le vamos a poner un piquetito intramuscular una ampolleta con intervalos de doce horas durante dos días entonces acuérdesse que ésas son los primeros días.
418. P.- Sí.
419. D.- Si hoy empieza a tomar la morfina, hoy una, ¿sale? Entonces vamos a poner, porque esto le va a ayudar a que no tenga ninguna molestia por eso son piquetitos por dos días, uno en la mañana y uno en la noche hoy.
420. P.- Mhm.
421. D.- Y uno en la mañana y uno en la noche sale.
422. P.- Con eso.
423. D.- Sí, sí con eso va a tener primero Dios.
424. P.- Sí, sí está bien.
425. D.- Bueno entonces ya le dejamos metrocloramida, ya le dejamos undazetron, ya dejamos senósidos y ya dejamos, vamos a dejar ... diclofenaco dice que tiene en casa.
426. P.- Sí, sí tengo mucho.
427. D.- ¿Quiere que le vuelva a dar?, o no le vuelvo a dar.
428. P.- No.
429. D.- Ok.
430. P.- Tengo muchas de ésas.
431. D.- Le voy a dejar omeprazol para que le cuide la barriguita.
432. P.- Mhm.
433. D.- ¿Sí? Omeprazol... vamos a ver, omeprazol vamos a tomar una pastillita en la mañana y una en la noche pero solo por quince días no más.
434. P.- Mhm.
435. D.- Porque acuérdesse que el ácido es necesario para que se absorban los nutrientes de la comida.
436. P.- Mhm.
437. D.- ¿Si se acuerda de eso? Si no, si está tomando eso todo el tiempo no hay acidez entonces no va a absorber vitamina B1, vitamina B6, vitamina B12.
438. P.- Mhm.
439. Entonces al ratito va a llegar aquí toda desnutrida con anemia----- (31:35).
440. P.- (Risas).
441. D.- No, no haga eso.
442. P.- No, no, me las estoy tomando bien.

443. D.- Empezamos con omeprazol, carbomazepina, la carbomazepina una... está tomando cada doce horas sin ningún problema, ¿verdad?
444. P.- Sí.
445. D.- Puede tomarla cada ocho horas si, quizá se va a poner mejor mmm.
446. P.- Mhm.
447. D.- ¿Toma una o toma dos?
448. P.- Una.
449. D.- ¿Una por la noche?
450. P.- Mhm.
451. D.- A veces la toma la gente nada más para caer así como un reglazo en la tras!
452. P.- Sí verdad.
453. D.- Entonces no se trata de eso se trata de que ayude.
454. P.- No aparte yo tardo mucho en dormirme aunque me tome la pastilla.
455. D.- Usted tarda mucho.
456. P.- Tardo mucho en dormirme todavía.
457. D.- Ok esto es por la noche... cloradiazepan y, ¿ha tomado alguna vez antidepresivos?
458. P.- No.
459. D.- No. Bueno mm que opina de tomar, ¿bebe usted?
460. P.- No.
461. D.- Excelente.
462. P.- Mhm.
463. D.- El antidepresivo es una medicina que sirve para animar.
464. P.- Mmm.
465. D.- Normalmente el cerebro cuando estamos sometidos a la angustia, la tristeza...
466. P.- Sí.
467. D.- Ay como....!
468. P.- Yo diario, todo el día agarrándome aquí.
469. D.- Ajá.
470. P.- Y dice mi hermana dice, ¿te duele todo? Le digo, todo, le digo la cabeza no la aguanto le digo.
471. D.- ¿Ganas de llorar?
472. P.- Sí.
473. D.- ¿Cuántas veces?
474. P.- Uuuu! Duro semanas a llore y llore (risas).
475. D.- Entonces va a tomar también esto chula eh.
476. P.- Mhm.
477. D.- Una pastillita diario en la mañana y esto le va a ayudar mucho a estar bien, ¿sale? Y a evitar otro tipo de recaídas.

478. P.- Mmm.
479. D.- Intervalos de veinticuatro horas va a ser una pastillita por la mañana todos los días.
480. P.- Sí.
481. D.- ¿No se le va a olvidar?
482. P.- No, no se me olvida.
483. D.- Entonces vamos a hacer las recetitas éstas, a ver que dice la máquina porque ya ve que hay que pedirle permiso.
484. P.- (Risas) hora está más difícil.
485. D.- Está difícil verdad a ver, vamos a hacer esta receta que nos piden nuestros señores diputados día...
486. P.- Mhm.
487. D.- Estamos hoy a... hoy es 28 ¿verdad?
488. P.- Ey 28.
489. D.- Juana Gómez López, es María perdón es que me....
490. P.- Juana no llegó.
491. D.- No, no llegó y yo seguí terco.
492. P.- (Risas).
493. D.- En la .... Vamos a cancelar todas éstas porque todas éstas están hechas para Juana, María.
494. P.- Ah.
495. D.-Perdóneme voy a volverlas hacer.
496. P.- Ah, no hay cuidado.
497. D.- Es que la máquina se me quedó en eco?(35:14) y ese fue mi error discúlpeme.
498. P.- ¿Ya la hizo?
499. D.- Si démelo ahorita la vamos mmm, ¿de dónde es usted?
500. P.- De Michoacán.
501. D. -----35:45.
502. P.- Ay ni sé! (risas)
503. D.- Domicilio calle.
504. P.- Es Juan Escutia.
505. D.- Juan Escutia.
506. P.- Cuarenta y ocho sesenta y uno.
507. D.- Cuarenta y ocho sesenta y uno, ¿código postal?
508. P.- Cuarenta y cuatro dos cincuenta.
509. D.- Cuarenta y cuatro dos cincuenta ¿es Guadalajara o es Tlaquepaque?
510. P.- Es Guadalajara; Jalisco aaaahh! Muy bien esta receta no se la deben de sellar ni firmar ni nada, esta receta oficial que pide salubridad, usted ya lo sabe.
511. P.- Ey.

512. D.- Para...entonces que no se la rayen porque me la echan a perder, y la tengo que volver a hacer, ¿sale?
513. P.- Así directo llego a la farmacia.
514. D.- Con...si pero le voy a dar todas las demás porque le van a pedir de todo.
515. P.- Ah bueno.
516. D.- Sale, entonces déjeme, vamos a ver, aquí tiene....omeprazol una tableta con intervalos de----- ay, ay, ay!, ¿en qué trabaja su hija?
517. P.- Este vete...
518. D.- Veterinaria o algo así, ¿verdad?
519. P.- Sí.
520. D.- Ok, ¿y le va bien?
521. P.- Si ya tiene cuatro años ahí.
522. D.- Mire bendito sea Dios, que bueno, que bueno que siga todo igual.
523. P.- Sí.
524. D.- Muy bien, entonces.... Pero es aquí verdad, no sale fuera de Guadalajara.
525. P.- La mandan a veces pero con el chofer a plazas así ----- (38:26).
526. D.- Ah, con el chofer.
527. P.- A vacunar a los animales.
528. D.- ¿Ella es veterinaria o nada más secretaria?
529. P.- Secretaria pero ahorita la están mandando porque a la otra la despidieron.
530. D.- A ver, a ver está yendo cada mes nomás.
531. P.- Mhm.
532. D.- Depende de la gente, a veces algunos les cae bien a otros no les gusta salir.
533. P.- Sí.
534. D.- ¿Verdad?, y menos con éste tráfico, a veces en carretera.
535. P.- Si pues.
536. D.- Pero a veces resulta interesante, ¿ella como lo ve?
537. P.- Pues si dice que le gusta su trabajo más cuando la mandan; por lo menos se distrae de la oficina un rato.
538. D.- Así claro, que bueno que le cae bien eso, ok. Muy bien luego carbomazepina, omeprazol una ampollita es por la mañana--- (40:49) perfecto-----carbomazepina a ver sí ahora si sale bien, porque este doctor trabado que se equivoca en todo, ¿verdad? Ya, ya va a salir un momentito.
539. P.- ¿Aquí en su receta va el teléfono de usted?
540. D.- Déjeme anotárselo.
541. P.- Mhm.
542. D.- ¿Tiene una hojita en blanco? ... ah sí en una de estas, aquí está 36 17 00 60 extensión 31840 consultorio número 1 del hospital de ginecobstetricia.
543. P.- Mhm.
544. D.- Gineco, ¿de acuerdo?

545. P.- Sí.
546. D.- Ándele pues, entonces aquí le pongo para que se acuerde de un servidor.
547. P.- Sí gracias.
548. D.- Ya está anotado aquí.
549. P.- Mhm.
550. D.- Sale, ok. Entonces la receta oficial ya se la di con morfina.
551. P.- Mhm.
552. D.- ¿Cómo ha andado ahora que está tristecita?, ¿cómo anda? ¿Usted cree en Dios?
553. P.- Si viera usted, no creo en él ni en nadie.
554. D.- ¿Ni en él ni en nadie?
555. P.- Es que por lo que pase hace poco.
556. D.- Mhm.
557. P.- Digo yo, como puede ser posible que...
558. D.- ¿Que Dios nos trate así?
559. P.- Que Dios nada más me mande a mí las cosas y a él.
560. D.- Claro.
561. P.- Y a él no.
562. D.- Claro.
563. P.- Y pues así.
564. D.- No y si da señora, la que da.
565. P.- Ajá.
566. D.- Ajá.
567. P.- Ni el refrigerador, mis cosas.
568. D.- Sí.
569. P.- Pero siempre abusa de mí, mis hermanas no son de problemas lo único que me dijeron es «pues déjaselas le han de servir más a él que a ti».
570. D.- Sí, claro.
571. P.- Y por lo mismo no salgo dice mi herm.. mi hija: ¿llegamos al mandado mama al mercado? ! Ay no!, le digo que me lo vaya a encontrar y me da un coraje le digo.
572. D.- Claro, claro que sí señora tiene toda la razón del mundo.
573. P.- Aparte por abusivo, le dije que nomás va a ver donde friega a la gente.
574. P.- Sí, María, tiene toda la razón del mundo.
575. P.- Sí, yo fui y hable con su hermano y le dije: vengo por mis cosas, «está cerrado con llaves y Chuy me dijo que no, que no te dejara entrar, dijo si quieres rompo el candado para que te lleves tus cosas». Le dije no, que se quede con ellas que le sirvan a él.
576. D.- Que le aprovechen.
577. P.- Y el problema es que él no vive ahí ni ella vive ahí.

578. D.- Mhm.
579. P.- Vive en Santa Martha y él siempre anda en el mercado, mi papá ya lo maltrato.
580. D.- Claro.
581. P.- Mi papá ya lo hubiera matado.
582. D.- Claro que sí.
583. P.- Pero le digo a él le digo no pues, dice mi hija «ya es mejor así, ¿que nunca vas a salir por no verlo?», pos nunca voy a salir.
584. D.- Ya habíamos platicado algo María, yo le insistí mucho que podía ayudarle mucho la sicóloga.
585. P.- Sí, sí he...pos la otra vez que me dijo que viniera, vine que se acababa de ir.
586. D.- Ah, ok y, ¿no ha podido verla?
587. P.-No. Yo estoy en la mejor disposición, porque como que cuando le platico a mi hija me regaña me dice que yo tuve la culpa que yo fui la culpable, que esto que el otro.
588. D.- Me permitiría ahorita presentársela, sale, ¿sí?
589. P.- Sí.
590. D.- Pues sí, ahorita vamos a su consultorio para echar una platicadita nada más para presentársela y ya si usted, si usted acaso siente confianza ya buscará con ella se pondrá de acuerdo, sale.
591. P.- Sí.
592. D.- Ándele pues, vamos ahorita la vamos a presentar.
593. P.- ¿Me da las recetas?
594. D.- Claro que sí! Mire estas son todas sus recetas.
595. P.- Mhm.
596. D.- Ésta debe acompañar la receta de morfina, ésta que le di la oficial.
597. P.- Y la de la otra igual.
598. D.- Ésta se la da, bueno la otra se la da se las da todas juntas pero ésta que no se la rayen.
599. P.- Mhm.
600. D.- Ésta sí que le hagan lo que quiera.
601. P.- Sí.
602. D.- Luego le voy a dar omeprazol para proteger su pancita, ya sabe usted luego le voy a dar su clor diazepan que es absolutamente necesario para descansar.
603. P.- Sí.
604. D.- ¿Sí?
605. P.- Mhm.
606. D.- Y luego las pastillas que deben acompañar una diaria la morfina.
607. P.- Mhm.



608. D.- La que es metroclorpramida junto con la morfina, los senósidos por la noche para hacer popo.
609. P.- Mhm.
610. D.- El undazepron tres días antes de tomar la morfina, una hora antes, ¿se acuerda?
611. P.- Ah si.
612. D.- Luego carbomazepina tres veces al día y dextrometazona son piquetitos si, dos piquetitos dos días, también al iniciar la morfina uno en la mañana uno en la noche y luego proxetina es una pastillita en la mañana que le va a ayudar a estar bien ¿sí?
613. P.- Sí.
614. D.- Si estamos de acuerdo o no, ¿sí estamos de acuerdo?
615. P.- Sí, estamos bien.
616. D.- Bueno ahí va un medicamento que se llama lactulax.
617. P.- Ah, la que me dice que compre.
618. D.- Esa sirve para la popo.
619. P.- Mhm.
620. D.- Por eso le puse aquí popo lactulax.
621. P.- Mhm.
622. D.- ¿Si? Esto guárdelo y acuérdesese que es muy importante si algo no va bien me avise, eh.
623. P.- Sí está bien.
624. D.- Ándele pues, vengase de una vez vamos a presentarle a la doctora vamos para que la conozca.
625. P.- Sí está bien.
626. D.- (Ya solo) aaaahhh! 5446 (timbre) Bueno, si, gracias, a sus órdenes, sí claro que sí, sí a tus órdenes May, oh sí sí, como no ajá, bien, si que se dé una pasadita otra vez aquí para, claro que si, ok May esperemos que pudiera que mejore, ah ok,ok,ok, entonces vamos a ver la evolución ok Luis ok estamos en eso gracias, claro que sí, perfecto gracias Luis hasta luego. (hablando solo en voz baja) ay, ay, ay, mujer.....

### REC.8 (Consulta 1)

1. D.- ¿De dónde es usted?
2. P.- Ciudad Guzmán/ °((rumbo Etzatlán))°.
3. D.- Ahí no la quisieron/ este/ operar allá ¿verdad?®
4. P.- ¿Le digo una cosa?
5. D.- Sí.
6. D.- ¿Para cuándo se quisiera operar usted?

7. P.- Ya me habían dado la fecha para el 30, supuestamente porque dependía de la valoración de cardio.
8. D.- Ah!, no, ¿no había firmado cita todavía?
9. P.- No me dijeron que hoy, que si ya venía con la valoración de cardio hoy iba a hacer todo eso.
10. D.- Vamos a ver si sí.
11. P.- La gine me dijo que ya el 30 estaba apartada la fecha.
12. D2.- Va a estar en la libreta.
13. D.- Deja ver la libreta, ahí.
14. D.- Deja ver la libreta porque // si ya esta apartada/ pues excelente/ no.
15. P.- Pos yo digo (ruido de máquina).
16. D.- ¿Tiene operaciones?
17. P.- Nomás cesáreas °((dos))°.
18. D.- Pos nomás fijese/ pues ahí es donde le vamos a dar fijese (risas acompañante y paciente).
19. P.- No dijo que me iba a quitar eso y me iba a dejar una bonita [(A) a dejar bonita].
20. A.- Sí, sí dijo // o ya se va a rajarse®.
21. D.- °((*ehe*))° (Risas (A)(D2)).
22. A.- Usted ((            )).
23. A.- Es más que los dos/ júntense pa' que la de/ la dejen bonita [(D) Sii ((*pues*))].
24. P.- °((*Quitenme*))° la panzota mejor // (A) °((la lipo))° (Risas).
25. D.- De lavadero [ ( ( ) ) ].
26. D2.- / / / ¿Sangrado?
27. P.- Sí // Cada periodo es muy abundante.
28. D.- ¿Para cuándo dijimos que la íbamos a dejar?
29. P.- El 30.
30. D.- El 30.
31. D.- ¿Cómo se llama usted?
32. P.- María Hernández Rodríguez.
33. D.- María, y está es de Gabriel.
34. D.- Pues aquí se va a fregar el doctor, se supone que los miércoles ponemos una pero ni modo, ya la teníamos aquí apartada.
35. P.- Excelente.
36. D.- La pusieron mal (voces). Voy a molestarla con su ... bueno... Hernández Rodríguez... ¿A cuánto estamos el 30?
37. P.- Miércoles.
38. D.- ¿María?
39. P.- Ajá.

40. D.- Su número de afiliación es 0-----19, entonces ginecología, fecha de solicitud, estamos a -----8, entonces la fecha es el 0-----0 a las 8:30.
41. E.- ¿Qué día?
42. D.-El 31....miomatosis uterina sintomática y muy grande verdad, de grandes elementos, histerectomía total abdominal.
43. P.- Este .... preguntar... ¿? (3:30)
44. D.- En cuanto quiera.
45. P.- Me había comentado el ginecólogo que en la cirugía me iban a sacar nomás la matriz// No sé/ ¿Es eso lo que me van a hacer o también me van a sacar los ovarios?
46. D.- Generalmente un criterio que es un criterio oncológico o sea de cáncer/ después de los 45 años los quitamos estén como estén, antes de los 45 si están bien los dejamos si están mal para.
47. P.- ¿Entonces?
48. D.- Como la sandía/ ¿Cuántos años tiene?
49. P.- 45.
50. D.- ¿No que cuarenta?
51. P.- Es que me ponen en una ....¿? (4:20) Tengo 45 doctor.
52. D.- Primeramente Dios, sí. Lo vamos a valorar. La mujer es como la sandía, hasta que se abre sabe lo que tiene.
53. D.- ¿Qué tipo de sangre tiene?
54. P.- A positiva.
55. D.- Es selectiva, ok. Ya le imprimiste... la otra la de...
56. E.- La hospitalización, no.
57. D.- ¿Y ésta?(celular).
58. D.- Esto cita que dice: se nos autoriza quedarnos con su camioneta, no se crea.
59. A.- Casa moto. (risas).
60. P.- Se va a quedar con lo mejor de mi vida (risas).
61. D.- No, si estuviera buena, pues estaría bien pero ya no sirve.
62. A.- Ah verdad!
63. D.- Eh!, pues ya no sirve o porque la vamos a quitar, ¿porque a ver?¿ porque vamos a quitar esa matriz? !Eh Ya no sirve.
64. P.- Nomás la firma, ¿verdad?
65. D.- Nombre y firma. No, nomás firma, nada más y ésta que nos autoriza (interrupción: E.- ¿Agarraste las cosas?
66. D.- (¿Cuales cosas?) Nos autoriza que si sangra vamos a poner sangre. Es importante que donen sangre si no se programa no se opera.
67. P.- ¿Dos donadores?
68. D.- Dos donadores.

69. P.- Eso sería, ¿cuándo, dónde y a qué hora?
70. D.- En el banco de sangre.
71. P.- ¿En la clínica?
72. D.- Hay que preguntarle en el banco de sangre las características que deben tener los donadores: comportamiento, medicamento, cualquier situación que le van a preguntar ahí.
73. P.- Para que ya vengan....
74. D.- Que vengan los que puedan, los que no puedan para que vienen, ni a gastar ahí, entonces sus donadores tienen que venir a consulta preanestésica ¿?, el martes, el próximo martes a las siete de la mañana en el control uno. Y, oye hay que darle la receta ¿no?
75. E.- Sí.
76. D.- Le vamos a dar una receta para que se ponga la..... ¿Está tomando aspirina?
77. P.- Sí.
78. D.- La tiene que suspender ya. Se supone que debe ser desde ocho días antes.
79. P.- Ya tengo un ratito sin ella.
80. D.- No, no debe suspenderla no se vaya a infartar otra vez.
81. P.- ¿La dejo o no la dejo?
82. D.- No, la tiene que suspender ocho días antes, ¿cuántas se toma?
83. P.- La mitad.
84. D.- ¿La mitad de cuantas?
85. P.- De una pastilla.
86. D.- No, compre de niño, la junior.
87. P.- Es la que me autorizan aquí.
88. D.- No, no, bueno...
89. P.- Ya ve doc...
90. D.- No, compre de niño menos efectos...Entonces se va a hospitalizar el martes, se viene más o menos ...bueno va a venir a las siete de la mañana a consulta preanestésica y luego se va a hospitalizar a las cuatro de la tarde, de aquí en adelante ahora si va a hacer dieta.
91. P.- Sí la estoy haciendo doctor.
92. D.-No, no, pero más, no tortillas, no mucho pan, más rigurosa....frutas.
93. P.- Más rigurosa! De hecho no como tortillas ni pan...
94. A.- Ya bajo! Yo la vi la primera vez.
95. P.- Para que vea que por lucha no ha quedado.
96. D.- Bueno, entonces que más, no más falta que me firme la autoridad...
97. P.- El martes la anestesia, luego a las cuatro me interno y ...
98. D.- Traer sus donadores, le van a poner.....sí. No tráigalos antes, no, no, ya en estos días.

99. P.- Ya en estos días, ah ok. Hay que informarse primero porque ahorita decir antes.
100. D.- No porque si le dicen no que si que no, tráigalos con tiempo.
101. E.- ¿?(9:51).
102. D.- Eh! De una vez para que vaya haciendo todo, y ese día ya la operamos, si Dios quiere.
103. P.- Ok, entonces ya entrando se hace la cirugía y, ¿cuantos días si toda va bien?
104. D.- 48 horas. Miércoles y jueves. El primer día vamos a tratar, por decir, lo que dice la doctora un buen analgésico postoperatorio es una cirugía muy dolorosa, a veces le ponemos cuatro medicamentos y todavía se quejan, hay que ver, hay que dar un buen medicamento. Pues buena suerte le toco un buen cirujano.
105. P.- Nosotros sabemos que si doctor.
106. D.- Nosotros somos malitos pero el maestro es bueno. (risas) (interrupción: D.-ten cuidado, si yo la prendí E.- Pero apenas van 10 minutos. D.- Pues es una consulta, tu dijiste..... ¿?).
107. P.- ¿Usted va a estar ahí doc? Si me quedo ahí doc, no soy donadora no quiero donar ni cosa por el estilo.
108. D.- ¿Porqué?
109. P.- No pos no.
110. D.- El corazón déselo a alguien.
111. P.- Sí sobre todo.
112. D.- A toda madre.
113. E.- (Conversación) eh....¿? una caja (11:30).
114. P.- Acaba de decir que no sirvo.
115. A.- Fíjate, estuviera buena! (risas).
116. P.- Con esos ánimos.
117. A.- Más vale ser sincera que hipócrita, eda!
118. P.- Pero dijo la matriz no yo.
119. D.- Dije la matriz.
120. A.- Por eso.
121. P.- Usted échele de su ronco pecho no hay problema.
122. D.- Primeramente Dios todo va a salir bien.
123. P.- Ya voy a hacer mi testamento.
124. A.- La moto, la camioneta, la casa y la...
125. D.- ¿Todos los demás medicamentos ya los tiene?
126. P.- ¿Este, usted me puede dar todo lo que me da mi familiar?
127. D.-No.
128. P.- Entonces pa´ que le digo. Nomás me indicó la doctora que usted me lo iba a dar.

129. D.- Las inyecciones, ¿dónde se las iban a poner?
130. P.- No me dijo, a mi nomás me dijo le indico el medicamento y ahí le dirán.
131. D.- ¿Cuánto le dieron?
132. D2.- Una cada doce horas de aquí a la cirugía y doce horas antes de la cirugía a las ocho de la mañana y a las ocho de la noche y ya no le pongan nada.
133. P.- Pues es en el brazo, un cada doce horas.
134. A.- Te la ponen en el suero, ¿no?
135. P.- Está bien Perrona, esta bien Perrísima (risas)
136. D.- Dale la hojita donde la autorizaron.
137. P.- Donde dijo, es la primera doc. (risas) la moto la camioneta.
138. A.- Al otro doctor le toca la casa y el carro lo mejor se lo dejaron acá'l doctor.
139. D.- Sí lo mejor es para mí.
140. P.- ¿Quién me va a borrar las rayas, usted o él? Pa' saber.
141. D.- Yo se las voy a quitar y él se las va a borrar (risas). Es que.
142. D.- Mire, primero se le corta, ah! Es que tiene dos rayas, ah! Que barbaros allá en Ciudad Guzmán, le hicieron dos cesáreas una incisión aquí y otra allá (interrupción ¿pan? media) como una tren... como una vía.
143. A.- Como una vía de tren diga ah ah.
144. D.- ¿No es cierto?
145. A.- Sí.
146. D.- Vamos a hacer esto, haga de cuenta este es una y este es otra se vamos a hacer por en medio
147. A.- De las dos vías del tren (risas), yo le dije como una pero una, nomás no se las cruce imagínese la panza cruzada.
148. D.- Va a quedar así (sonidos).
149. A.- El tren no va a saber por dónde ir (risas).
150. D.- O sea así psss..
151. P.- Para dejarme una mejor.
152. D.- Pa' dejarle la que va a quedar, puede quedarle una o tres.
153. P.- Pos una mejor.
154. D.- Le podemos dejar bien derecho.
155. P.- Pa' poder ver (risas). Mire doc. Vale como queden las rayas nomás que quede yo.
156. D.- No...
157. P.- Que quede toda rayada no le hace hasta un gato hágame.
158. A.- Pero no tengo rayas ni nada!, ¿quién me opero?
159. D.- Le falta esta.
160. P.- Y, ¿ésta qué dice?
161. D.- Donde no tiene derecho a reclamar por nada.
162. A.- Si te quedas ahí bien quedada.

163. D.- Los riesgos que tiene pues la cirugía incluyendo la firma de la moto.
164. A.- Ey no vaya a ser. Es que luego dicen puras mentiras, le han explicado a uno con santos y señas.
165. D.- Ah mire, la cirugía tiene riesgos, se lesiona la vejiga, ya le había dicho es más.
166. A.- Si ya le había dicho para que tanto rollo, ¿verdad? (risas).
167. ? (15:35) [conversación confusa]. Entonces qué, entonces que...No más cuantas veces va de nuevo ....la compraste ... la compre porque...lo que sea ...ésta la agarras con un alambre y jamás se va a romper jamás....ésta tiene una presión excelente, no se dobla.
168. A.- Entonces doctor, disculpe, ¿el papel de los donadores se entrega hasta que ella esté internada o también antes?
169. D.- No, ella lo debe traer.
170. A.- No, digo el que le dan de comprobante a ellos.
171. D.- Junto con la identificación (ruidos).
172. A.- Ajá. No te estés riendo.
173. P.- Es que me da risa.
174. D.- ¿De qué? Aquí está su receta.
175. P.- De que si estuviera buena.
176. D.- No la matriz, la matriz.
177. P.- Todavía estuviera buena ....
178. D.- Si estuviera buena la matriz la cuidábamos, eso sí para qué.
179. P.- Para que fregados la cuidábamos.
180. D.- Ésa la vamos a donar para las hamburguesas.
181. A.- Pa' comer (risas).
182. D.- Llegaron los entregos aquí!
183. P.- Eso es para odiarlo toda la vida.
184. D.- No, viera que buenas están.
185. P.- Las hamburguesas.
186. D.- No les tenga miomas, el que tenga cáncer, a toda madre! (risas).
187. D.- Los tacos de mama, buenísimos...
188. P.- Ey! Ahí picoteadito ni se echa de ver con su salsita y su cebollita y cilantro..
189. D.- Y también los de glándula.
190. P.- Oiga doctor hablando en serio, ya.
191. D.- Ya hablando en serio.
192. P.- Sacan ese asunto y lo mandan analizar y, ¿en cuánto tiempo le dicen a uno?
193. D.- En un mes...
194. P.- ¿En un mes?
195. D.- Si no se lo llevan los de Mc'Donalds (risas) no se crea.
196. P.- Luego me va a ver que estoy abundante y dice el otro que bolota traes.

197. D.- Aquí quitamos grandes.
198. P.- Después, está viendo.
199. D.- Va a bajar de peso, ahí si va a bajar de peso.
200. P.- Chica bolota que me va a sacar (risas). Me va a dejar el vientre plano. A ver, voy ahora con el anesthesiólogo, ahora que me pase con él, entonces voy a que me de la cita ahí.
201. D.- Y luego va ir.
202. P.- Al banco de sangre.
203. D.- A pedir informes de los donadores, después aquí, la vamos a esperar aquí.
204. P.- El 31 vengo aquí o, ¿a dónde? A la anestesia.
205. D.- El 31 en la mañana, el 31 es la cirugía en el control 1.
206. D2.- Se tiene que hospitalizar el día 30, ahí dice el día 30 se hospitaliza, ya el día 30 viene en la mañana, es fin de semana llega a urgencias. Llega a urgencias de aquí del hospital después de que vaya a dar la vuelta por ahí.
207. P.- Muy bien ándele pues.
208. D.- De veras no vaya a tener relaciones eh ahorita.
209. P.- ¿A poco?
210. A.- De por sí, eda, de por sí.
211. P.- Yo que pensaba...
212. A.- Ella que quería aprovechar en estos días.
213. P.- ¿Mañanas no?
214. D.- Con preservativos.
215. P.- ¡Ay! es fin de semana Pedro, no friegue ni la parranda y todo.
216. D.- Con preservativos.
217. P.- Déjeme le explico doctor que mi esposo trabaja siempre fuera, un día a la semana, no friegue doctor! y me va a poner en ayunas y todo el mes mientras me recupero, por eso se me hicieron por no tener.
218. D.- ¿A ver que le aconsejo pues que haga?
219. A.- Tú con ellos (risas).
220. D.- No, no!
221. A.- Acábatelos!
222. D.- Y se pone sus moños allá con el marido.
223. A.- Hu, hu... si yo le dijera, si fueran novios se podía pasar pero no se vale se saludan menos, lo pusieron a dieta hasta de beso.
224. D.- Puede tener con preservativo y con moderación (risas) no,no,..
225. P.- Si me muero ahí es mejor.
226. D.- Ándele.
227. P.- Morirme feliz.
228. D.- Morirse feliz, eda!
229. P.- Gracias de todos modos.



230. D.- Adiós.
231. P.- Ahí nos veremos.
232. D.- Ahí nos veremos.
233. P.- Gracias.
234. D.- Sale.
235. E.- Éste es el -- de enero 2008 consulta de gine.



## BIBLIOGRAFÍA

- Adam, J. M. (1986) «Puisque tu máimes un peu... Quand même... Orientation argumentative, cohésion et progression du texte». En *Cahiers de Linguistique française*, 7 (295-320). Actes du III ème colloque de pragmatique de Genève. Febrero-marzo.
- (1990) *Éléments de linguistique textuelle*. Liège: Mardaga.
- (1992) *Les textes: type et prototypes*. París: Nathan.
- (1998) «La qualité des productions discursives: reflexions théoriques et étude de cas». En *Cahiers de Linguistique Française*, 20 (13-19). Actes du VII ème colloque de pragmatique de Genève. Mayo.
- Ainsworth-Vaughn, N. (1994) *Power in doctor-patient talk*. Nueva York: Oxford University Press.
- (1994a) «Text and talk in professional contexts». En *Power in Doctor-Patient Talk*. Nueva York: Oxford University Press.
- (1994b) «The discourse of medical encounters». En *Power in Doctor-Patient Talk*. Nueva York: Oxford University Press.
- Anscombe, J. C. (1981) «Marqueurs et hypermarqueurs de dérivation ilocutoire». En *Cahiers de Linguistique française*, 3 (75-124).
- Aristóteles (1985) *Ética Nicomáquea; Ética Eudémia*. Madrid: Gredos.
- (1999) *Poética*. México: Porrúa.
- (2002) *Retórica*. México: UNAM.
- (2008) «Tópicos». En *Tratados de lógica (Organon I)*. Madrid: Gredos.
- (2008a) «Sobre las refutaciones sofísticas». En *Tratados de lógica (Organon I)*. Madrid: Gredos.
- Austin (1962) *How to do things with words*. Cambridge, Mass.: MIT Press.
- Austin, J. (1981) *¿Cómo hacer las cosas con palabras?; palabras y acciones*. Barcelona. Paidós
- Bajtín, M. M. (1982) *Estética de la creación verbal*. México: Siglo XXI.
- Bateson, N. (1966) «Familiaritation, group discussion and risk taking» En *Journal of experimental Social Psychology*, 2 (118-129).

- Beaugrande, R. y W. Dressler (1981) *Introducción a la lingüística del texto*. Barcelona: Ariel.
- (1997) *Introducción a la lingüística del texto*. Barcelona: Ariel.
- Bentham, J., (1834) «The book of fallacies. Unfinished Papers», En *The works of Jeremy Bentham*. Vol. II. Edinburgh.
- Benveniste, E. (2007) *Problemas de lingüística general I, II*. México: Siglo XXI.
- Beuchot, M. (1997) *El problema de los universales*. México: UAEM.
- Bochenski, I. M. (1956) *The problema of Universals (A Symposium)*. Notre Dame: University Press.
- Brailowsky, S., D. Stein y B. Will (1992). *El cerebro averiado: plasticidad cerebral t recuperación funcional*. México: FCE.
- Briz, A. (1998) *El español coloquial en la conversación. Esbozo de una pragmatogramática*. Barcelona: Ariel.
- Briz, A. y Grupo VALES.CO. (2000) *¿Cómo se comenta un texto coloquial?* Barcelona: Ariel.
- Camps, V. (1976) *Pragmática del lenguaje y filosofía analítica*. Barcelona: Península.
- Church, A., N. Goodman y M. Bochenski (1956) *The problems of universals: A symposium*. Notre Dame, IND: University of Notre Dame Press.
- Cordella, M. (2003) «En el corazón del debate: el análisis del discurso en la representación de las voces médicas». En *ORALIA*. Vol. 6. (147-168). Universidad de Monash, Australia.
- Cuttica, I., M. Bucciarelli y B. Bara (2006) «Neuropragmatics: Extralinguistic pragmatic ability is better preserved in lefth-hemisphere-damaged patients than in right-hemisphere-damaged patients». En *Brain and Language*, 98. (12-25).
- Dewey, J. (1950) *Lógica: teoría de la investigación*. México: FCE.
- Dik, S. y K. Hengevelt (1997) *The theory of functional grammar*. Nueva York: Mouton de Gruyter.
- Ducrot, O. (1980) *Le mots du discours*. París: Minuit.
- Düring, I. (2005) *Aristóteles*. México: UNAM.
- Escandell, V. (1996) *Introducción a la pragmática*. Barcelona, Ariel.
- Díaz Martínez, F. (1999) «Asimetría profesional en la consulta de oncología: algunas constricciones conversacionales de la clínica». En *Revista Iberoamericana de Discurso y sociedad*, 4. Vol. 1.
- Fleischman, S. (1999) «Language and Medicine». En *Netherlands Journal of medical humanities*, 1. Vol. 20. Marzo.
- Frans, H., Van Eemeren y P. Houtlosser (1997) *Rhetoric in pragma-dialectics*. Estados Unidos: Department of Speech Communication, Argumentation Theory and Rhetoric, University of Amsterdam.
- Fuentes, R. C. (2000) *Lingüística pragmática y análisis del discurso*. Madrid: Arco libros.
- Givón, T. (1978) «Definiteness and referenciality». En H. Joseph (ed.) *Universals of Human Language*. Greenberg: California, Stanford University Press.

- (1979) *On understanding grammar (Perspectives neurolinguistics and psicolinguistics)*. Nueva York: Academic Press.
- (1989) *Mind, code and context, essays in pragmatics*. Londres: Lawrence Erlbaum Associates.
- Gordon, D. y G. Lakoff (1975) «Conversational Postulates». En P. Cole y J. Morgan (ed.) *Syntax and Semantics*, 3. Nueva York: Academic Press.
- Haiman, J. y S. A. Thompson (1988) *Clause combining in grammar and discourse*. Amsterdam: Benjamins.
- Halliday, M. A. (1989) *Spoken and written Language*. Oxford: University Press.
- (1994) *An introduction to functional grammar*. Londres: Routledge.
- (2002) *Linguistic studies of text and discourse*. Nueva York: Continuum.
- y R. Hasan (1976) *Cohesion in English*. Londres: Longman.
- Hamblin, C. (1970) *Fallacies*. Londres: Methuen.
- Hample, D. (2005) *Arguing: Exchanging Reasons Face to Face*. Mahwah, NJ, Estados Unidos: Lawrence Erlbaum. Disponible en: <http://site.ebrary.com/lib/guadalajara/Doc?id=10120557&ppg=318>.
- Henzl Vera, M. (1990) «Linguistic means of social distancing in physician–patient communication». En E. Walburga Von Raffler (ed.) *Doctor–patient interaction. Pragmatics and Beyond: new series*. Amsterdam: John Benjamins.
- Hermógenes (1993) *Sobre las formas de estilo*. Madrid: Gredos.
- Hipócrates (1997) «Sobre las afecciones». En *Tratados hipocráticos III*. Madrid: Gredos.
- Hurrioz Leza, J. L. (2000-2001) «Diversas aproximaciones a la nominalización. De las abstracciones a las macrooperaciones textuales». En *Función*, 21-24. Guadalajara: UdeG-CUCSH.
- Jacobs, G. (2005) *Language, communication and economy*. USA: John Benjamins.
- Jäger, S. y J. Link (1993) *Die vierte Gewalt. Racismus and die medien*. Duisburg: DISS
- Jakobson (1988) *Obras selectas I, II*. Madrid: Gredos.
- Kant (2004) «Filosofía de la historia». En *¿Qué es la ilustración?* Argentina: Terra-mar.
- Kebrat-Orechioni, C. (2004) «Que peut-on ‘faire’ avec du dire?». En *Cahiers de Linguistique Française*, 26 (27-43). Actes du 9<sup>ème</sup> colloque de pragmatique de Genève et Colloque Charles Bally.
- Lakoff y Johnson (1980) *Metáforas de la vida cotidiana*. Chicago: University Press.
- Lakoff, G. (1987) *Women, fire, and dangerous things: What categories reveal about the human mind*. Chicago IL: The University of Chicago Press.
- Levinson, S. (1978) *Some universals in language usage*. Nueva York: Cambridge University Press.
- (1983) *Pragmatics*. Nueva York: Cambridge University Press.
- (1998) *Significados presumibles: la teoría de la implicatura conversacional general-*

- zada. Madrid: Gredos.
- (2003) *Space in language and cognition: explorations in cognitive diversity*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Locke, J. (1956) *Ensayo sobre el entendimiento humano*. México: FCE.
- Luscher, J. M., E. Ross y C. Rubattel (1995) «Prises of parole et interventions dans l'organisation de la conversation». En *Cahiers de Linguistique Française*, 16-17 (57-78)
- Maingueneau, D. (1987) *Gèneses du Discours*. Bruselas: Pierr Margala.
- Martin, I. y S. McDonald (2003) «Weak coherence. No theory of mind, or executive dysfunction? Solving the puzzle of pragmatic language disorders». En *Brain and Language*, 85.
- Maturana, H. y F. Varela (2003) *El árbol del conocimiento: las bases biológicas del entendimiento humano*. Buenos Aires: Lumen.
- McNamara, A. (2006) *Multidisciplinary approaches to theory in medicine*. Amsterdam: Elsevier.
- Moeschler, J. (1986) «Connecteurs pragmatiques, lois de discours et stratégies interpretatives: parce que et la justification énonciative». En *Cahiers de Linguistique française*, 7 (149-167). Actes du III ème colloque de pragmatique de Genève. Febrero-marzo.
- Morgan, J. L. (1978) «Two types of convention in indirect speech acts». En P. Cole y J. L. Morgan (eds.) *Syntaxis and semantics: Speech acts. Vol. 3*. Londres: Academic Press.
- (1982) *Syntax and semantics. Volume 3: Speech acts*. New York: Academic Press.
- Ochs, E., E. A. Schegloff y S. A. Thompson (1996) *Interaction and grammar*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Oswald, D. y J. Anscombe (1988) *La argumentación en la lengua*. Madrid: Gredos.
- Pareto, V. (1972) *Manual of political economy*. Estados Unidos: McMillan.
- Perelman, C. y L. Olbrechts-Tyteca (1989) *Tratado de la argumentación. La nueva retórica*. Madrid: Gredos.
- Piaget, J. (2004) *Biología y conocimiento*. México: Siglo XXI.
- (2006) *La formación del símbolo en el niño*. México: FCE.
- Plantin, Ch., (2005) *L'argumentation*. Barcelona: Ariel.
- Quine, W. (1960) *Word and object*. Cambridge, MA: MIT Press.
- (1969) *Ontological relativity and other essays*. Nueva York: Columbia University Press.
- Retórica a Herenio* (1997) Madrid: Gredos.
- Rickheit, G. y H. Strohner (2008) *Handbook of communication competence*. Berlín: Walter de Gruyter GmbH&Co.
- Rizzolatti, G. y C. Sinigaglia (2006) *Las neuronas espejo: los mecanismos de la empatía emocional*. Barcelona: Paidós.

- Rorty, R. (1996) *Objetividad, relativismo y verdad; Escritos filosóficos I, II*. Barcelona: Ibérica.
- Roulet, E. (1980) «Strategies d'interaction, modes d'implication et marqueurs illocutoires» En *Cahiers du linguistique Française*, 1 (80-103).
- (1991) «Vers une approche modulaire de l'analyse du discours». En *Cahiers du linguistique Française*, 12. (53-81).
- (1997) «Problèmes d'analyse du discours». En *Cahiers de Linguistique Française*, 19 (7-10, 149-179).
- Roulet, E. et al (1976) «A clasifications of illocutionary acts». En *Language in Society*, 5: (1-23).
- A. Auchlin, J. Moeschler, C. Rubattel y M. Schelling (1985) *L'articulation du discours en française contemporaine*. Bearna: Peter Lang.
- Rubattel, C. (1983) «Sur la position et le cumul des connecteurs pragmatiques: Syntaxe et forme logique des adverbiaux» En *Cahiers de Linguistique Française*, 5 (153-167).
- (1986) «La structure de l'énoncé minimal comme condition d'accès aux stratégies interpretatives». En *Cahiers de linguistique Française*, 7 (135-148).
- (1987) «Actes de langage, semi-actes et typologie des connecteurs pragmatiques». En *Linguistique Investigationes XI/2* (379-404).
- (1988) «Structure syntaxique et forme logique des unités discursives». En *Cahiers de linguistique Française*, 9 (7-25).
- (1989) «Constituants, fonetions et relations dans la phrase et dans le discours». En C. Roubattel (ed.) *Modèles du discours. Recherches actuelles en Suisse romande*. Berne: Peter Lang.
- (1990) «Théorie saussurienne et théorie gènérative du changement analogique; à propos de la loi d'allongement des composés grecs de Wackernagel». En R. Liver, I. Werlen y P. Wunderli (eds.) *Sprachtheorie und Thèorie der Fachwissenschaft. Geschichte und perspectiven. Festschrift für Rudolf Engler zum 60. Geburtstag*. Tübingen, Narr. 231-241.
- Schegloff (1974) «A symplest Sistematic for the Organization on Turn-Taking for Conversation». En *Language*, 4. Vol. 50. Parte 1. (696-735).
- Schegloff, et al. (1996) *Interaction grammar*. Cambridge: University Press.
- Searle, J. (1969) *Speech acts; an essay in the philosophy of language*. Cambridge: Cambridge University Press.
- (1980) *Actos de habla: ensayo de filosofía del lenguaje*. Madrid: Cátedra.
- y D. Vanderveken (1985) *Foundations of illocutionary logic*. Cambridge: Cambridge Universtity Press.
- Sexto, Empírico (1996) *Hipotiposis pirrónica*. Madrid: Akal/Clásica.
- Siegal, M. y R. Valery, (2002) «Neural system involved in the 'theory of mind'». En *Nature Reviews/Neuroscience*.

- Skinner, B. F. (1974/1981) *Conducta verbal*. México: Trillas.
- Solmsen, F. (1961) *Aisthesis in Aristotelian and Epicurean thought*. Amsterdam: Noord-Hollandsche.
- Strawson, P. F. (1983) *Ensayos lógico-lingüísticos*. Madrid: Tecnos.
- Sugawara, K. (2009) «Speech acts, moves, and meta-communication in negotiation: three cases of everyday conversation observed among the /Gui former-forangers». En *Journal of Pragmatics*, 41 (93-135). Disponible en: [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)
- Tahnen, D. (1998) *The argument cultur*. EUA: Random House Publishing Group.
- Toulmin, Rieke y Janik (1984) *An Introduction to Reasoning Toulmin-Rieke-Janik*.
- Toulmin, S. E. (1958) *The uses of argument*. Cambridge: University Press.
- Van Dijk, T. (1985) *La ciencia del texto, un enfoque interdisciplinario*. México: Paidós.
- (1989) *Handbook of discourse analysis*. Londres: Academica Press.
- (1991) *Racism and the press*. Londres: Routledge.
- (1993) *Estructuras y funciones del discurso: Una introducción interdisciplinaria a la lingüística del texto y a los estudios del discurso*. México: Siglo XII.
- (1993a) *Texto y contexto: semántica y pragmática del discurso*. México: REI México
- (1993b) *Elite discourse and racism*. Newbury Park, California: Sage
- Van Eemeren y R. Grootendorst (1992) *Communication, argumentation, fallacies*. Mahwah N.J.: Lawrence Erlbaum.
- Grootendorst, J. A. Blair y C. A. Willard (Dirs.) (1986) *Proceedings of the [1986] Conference on argumentation, Foris*. Vol. 3.
- Grootendorst, S. Jackson y S. Jacobs (1993) *Reconstructing argumentative discourse*. EUA: The University of Alabama Press.
- Varela, F., E. Thompson y E. Rosch (2005) *De cuerpo presente: las ciencias cognitivas y la experiencia humana*. Madrid: Gedisa.
- Werner, J. (2002) *Paideia: los ideales de la cultura griega*. México: FCE
- West, C. (1984) *Routine complications: Troubles with talk between doctors and patients*. Bloomington: Indiana University Press.
- (1984a) «Questions and answers between doctors and patients». En *Routine complications: Troubles with talk between doctors and patients*. Bloomington: Indiana University Press.
- (1984b) «Turn-taking in doctor-patient dialogues». En *Routine complications: Troubles with talk between doctors and patients*. Bloomington: Indiana University Press.
- Wodak, R. y M. Meyer (2001) *Methods of critical discourse analysis*. California: Sage Publications.



*Análisis del discurso médico:  
la argumentación en la consulta pública*  
Núm. 14

Se terminó de editar en junio de 2012  
en Epígrafe. Diseño Editorial  
Verónica Segovia González  
Marsella Sur 510, interior M, Colonia Americana  
Guadalajara, Jalisco, México  
La edición consta de 1 ejemplar