Máster universitario en enseñanza de Español como Lengua Extranjera

CIESE-Comillas – UC
Año académico 2016-2017

LA ESTRATEGIA DE ATENUACIÓN EN EL ESPAÑOL DE LA SALUD:

UNA PROPUESTA DIDÁCTICA

Trabajo realizado por: David Sánchez Martínez

Dirigido por: Marta Gancedo Ruiz

Desde que en el mundo hubo enfermos y sanadores, la palabra fue el primero y más importante vínculo entre unos y otros.

(Pedro Laín Entralgo, Hacia la recta final: Revisión de una vida intelectual, p.74)

RESUMEN

Este Trabajo de Fin de Máster se circunscribe al ámbito del Español para Fines Específicos (EFE), concretamente al Español de la Salud. A pesar del aumento de la demanda del Español de la Salud en el ámbito académico, las posibilidades que ofrece la pragmática en el aula como eficaz instrumento para mejorar la competencia comunicativa de los profesionales de la salud no ha sido explotada como merece. El presente trabajo se propone aportar un enfoque pragmático que, basándose principalmente en la estrategia de atenuación, contribuya a corregir esta carencia. Para ello, tras el necesario marco teórico que sirve para sentar las bases del trabajo, proponemos una secuencia didáctica cuyo principal objetivo es aportar a los alumnos la competencia pragmática necesaria para mejorar las interacciones propias de su campo profesional.

Palabras clave: Español para Fines Específicos, Español de la Salud, Pragmática, Atenuación, Interacción médico-paciente

ABSTRACT

The present End of Master Project belongs to the field of Spanish for Specific Purposes, namely to that of Spanish for Health Purposes. In spite of the growth in the demand of Spanish for Health Purposes in the academic field, the possibilities of pragmatics as an effective tool to enhance communicative competence has been largely overlooked. The present work intends to provide a pragmatic approach based on the strategy of mitigation in Spanish which allows us to fill this gap. After presenting our theoretical framework, we make a proposal based on a didactic sequence whose main aim is to provide the pupils with a degree of pragmatic competence required to improve those kinds of interaction which are common in their professional field.

Keywords: Spanish for Specific Purposes, Spanish for Health Purposes, Pragmatics, Mitigation, Doctor-patient interaction

ÍNDICE

RESUMEN 2

ABSTRACT 2

I. INTRODUCCIÓN 5

II. MARCO TEÓRICO 7

2.1. La atenuación como estrategia pragmática en el Español de la Salud 7

2.1.1 La atenuación como actividad de imagen 7

2.1.2. La imagen sociocultural española de los roles médico-paciente. 17

2.1.3. Funciones de atenuación en el Español de la Salud 19

2.2. El desarrollo de la competencia pragmática en el Español de la Salud 22

2.2.1. La importancia de la competencia pragmática en el aula de EFE 22

2.2.2. La enseñanza del Español de la Salud 26

2. 2. Conclusiones del marco teórico 29

III. PROPUESTA DIDÁCTICA 30

3.1. Metodología 30

3.2. Desarrollo de las secuencias didácticas 32

3.2.1. Secuencias didácticas para trabajar la atenuación en la interacción médico-paciente 32

IV. CONCLUSIONES 47

V. BIBLIOGRAFÍA 49

VI. ANEXOS 53

ANEXO 1. FICHA DEL ALUMNO DE LA SECUENCIA 1 (BLOQUE 1) 53

ANEXO 2. FICHA DEL ALUMNO DE LA SECUENCIA 1 (BLOQUE 1) 55

ANEXO 3. FICHA DEL ALUMNO DE LA SECUENCIA 1 (BLOQUE 1) 58

ANEXO 4. FICHA DEL ALUMNO DE LA SECUENCIA 1 (BLOQUE 1) 60

ANEXO 5. FICHA DEL ALUMNO DE LA SECUENCIA 1 (BLOQUE 1) 61

ANEXO 6. FICHA DEL ALUMNO DE LA SECUENCIA 2 (BLOQUE 1) 61

ANEXO 7. FICHA DEL ALUMNO DE LA SECUENCIA 2 (BLOQUE 1) 65

ANEXO 8. FICHA DEL ALUMNO DE LA SECUENCIA 2 (BLOQUE 1) 67

ANEXO 9. FICHA DEL ALUMNO DE LA SECUENCIA 2 (BLOQUE 1) 70

ANEXO 10. FICHA DEL ALUMNO DE LA SECUENCIA 2 (BLOQUE) 71

ANEXO 11. FICHA DEL ALUMNO DE LA SECUENCIA 3 (BLOQUE 1) 72

ANEXO 12. FICHA DEL ALUMNO DE LA SECUENCIA 3 (BLOQUE 1) 75

ANEXO 13. FICHA DEL ALUMNO DE LA SECUENCIA 3 (BLOQUE) 78

ANEXO 14. FICHA DEL ALUMNO DE LA SECUENCIA 1 (BLOQUE 2) 79

ANEXO 15. FICHA DEL ALUMNO DE LA SECUENCIA 1 (BLOQUE 2) 81

ANEXO 16. FICHA DEL ALUMNO DE LA SECUENCIA 1 (BLOQUE)..... 82
ANEXO 17. FICHA DEL ALUMNO DE LA SECUENCIA 1 (BLOQUE 2)..... 83
ANEXO 18. FICHA DEL ALUMNO DE LA SECUENCIA 2 (BLOQUE 2)..... 85
ANEXO 19. FICHA DEL ALUMNO DE LA SECUENCIA 3 (BLOQUE 2)..... 86
ANEXO 20. FICHA DEL ALUMNO DE LA SECUENCIA 4 87
ANEXO 21. FICHA DEL ALUMNO DE LA SECUENCIA 3 (BLOQUE 2)..... 89
ANEXO 22. FICHA DEL ALUMNO DE LA SECUENCIA 3 (BLOQUE 2)..... 90

I. INTRODUCCIÓN

Cuando una persona está enferma, entre su dolor y el médico en quien confía para recuperar su salud se encuentra el lenguaje. Las palabras son el vínculo más próximo entre el paciente y el médico, pues al primero le sirven para relatar sus síntomas, sus preocupaciones y las circunstancias que lo han llevado a necesitar la ayuda del segundo, que a su vez se valdrá de ellas para tratar de poner remedio a sus males. El lenguaje es también el intermediario entre el doctor y los seres más próximos al paciente, que se dirigen a él para conocer el estado de su salud. El modo en que el médico se comunica tanto con sus pacientes como con los familiares de estos importa. Y en ambos casos la competencia pragmática del profesional de la salud juega un papel esencial a la hora de contribuir a una interacción verbal satisfactoria.

La influencia que la pragmática ha venido ejerciendo desde la década de los años 70 del siglo pasado ha puesto el foco de la enseñanza de lenguas extranjeras en el uso de la lengua dentro de un contexto comunicativo concreto. Las necesidades concretas de los aprendientes han propiciado una demanda de enseñanza de lenguas para fines específicos. En el caso del español para fines específicos (EFE) la demanda ha aumentado considerablemente a lo largo de las dos últimas décadas, aunque no todas las profesiones gozan de la misma posición privilegiada. En el caso del Español de la Salud, si bien es cierto que la situación está mejorando en los últimos años, el interés por esta área aún se encuentra muy alejado del de otras de EFE, especialmente el español de los negocios. La enseñanza pragmática en el ámbito de la Salud aún está dando sus primeros pasos, y es el enorme potencial de los recursos que esta disciplina aporta al estudio de las lenguas de especialidad lo que nos ha motivado a plantear una propuesta didáctica dirigida a los profesionales de la salud que necesitan mejorar su competencia comunicativa en español de cara a sus interacciones con pacientes y sus familiares. El contexto delicado de muchas situaciones comunicativas relacionadas con la profesión de la medicina hace que la competencia pragmática del doctor resulte oportuna para el desempeño de una parte vital de su labor profesional.

Dentro del ámbito de la pragmática, nos hemos centrado en la estrategia de atenuación como mecanismo de protección de la imagen, especialmente la del paciente, partiendo de algunos conceptos fundamentales desarrollados por los estudios procedentes de la pragmática sociocultural que superan las dificultades del modelo

etnocentrista de Brown y Levinson. Las situaciones comunicativas de las interacciones médico-paciente y médico-familiares del paciente serán entendidas como contextos profesionales donde entran en acción los pares de roles asociados con la imagen social de los interlocutores.

Este trabajo tratará de alcanzar dos objetivos generales:

- Conocer y analizar las posibilidades que ofrece la atenuación como estrategia comunicativa en el desarrollo de la competencia pragmática en español para los profesionales del ámbito sanitario.

- Crear secuencias didácticas para profesionales de la medicina que faciliten el desarrollo de la competencia pragmática en español a partir del aprendizaje de la estrategia de la atenuación para la interacción con pacientes y familiares.

Estos objetivos se concretan a su vez en los siguientes objetivos específicos:

- Describir los problemas y dificultades de índole lingüística de los profesionales de la medicina a la hora de tratar con pacientes.

- Reflexionar acerca de la necesidad de introducir el trabajo de estrategias pragmáticas en el Español de la Salud.

Con el propósito de alcanzar estos objetivos, este trabajo se estructura de la siguiente manera:

En primer lugar se desarrollará el marco teórico, que estará dividido en tres capítulos. En el primero se abordará la estrategia de la atenuación en el ámbito del Español de la Salud. El segundo capítulo tratará el tema del desarrollo de la competencia pragmática en este mismo ámbito. El tercer y último capítulo del marco teórico tratará sobre la pertinencia del tratamiento de la atenuación en el aula del Español de la Salud.

La segunda parte de este trabajo consiste en su aplicación práctica. Está dividida en dos partes. En la primera tratamos la metodología que vamos a utilizar para desarrollar nuestras secuencias didácticas. La segunda, a su vez subdividida en dos partes, presenta las seis secuencias didácticas propuestas: tres corresponden a

interacciones médico-paciente y las otras tres se centran en las interacciones médico-familiares de pacientes.

Este Trabajo Fin de Máster pretende humildemente aportar un enfoque pragmático de la enseñanza del Español de la Salud que proporcione a los alumnos, profesionales de la medicina, las herramientas necesarias para mejorar su interacción con pacientes y familiares.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. La atenuación como estrategia pragmática en el Español de la Salud

2.1.1 La atenuación como actividad de imagen

2.1.1.1 Goffman: el origen del concepto de imagen social

La relación entre el individuo y la sociedad de la que forma parte constituye uno de los temas esenciales del pensamiento occidental desde sus mismos inicios. No resulta exagerado afirmar que este problema ha estado presente en todas y cada una de las etapas que conforman su historia desde esos lejanos orígenes hasta nuestros días. Mucho más reciente es el concepto clave que ha servido como punto de partida en la configuración de las teorías sobre la cortesía[1]. Dicho concepto fue acuñado por el sociólogo canadiense Erving Goffman entre finales de la década de los 50 y principios de los 60, en el original inglés se conoce como *face*, y en el ámbito de nuestra lengua se conoce como *imagen social*, o bien simplemente *imagen*.

Goffman concibe la imagen como una doble ficción: por un lado, nos creamos una identidad personal, un «*yo* organizado en torno a un concepto de sí mismo», pero (y ahí está la otra cara de la moneda) «siempre con respecto a la relación que tenemos/hemos tenido con los demás» (Goffman *apud* Bravo, 2002: 100). El individuo, por tanto, está inextricablemente ligado a su entorno. Así, la imagen consistiría en una creación personal proyectada dentro de un marco social que acota nuestro campo de

[1] «La teoría de la cortesía empieza con la observación de Goffman de que cuando la gente interactúa se preocupa constantemente de mantener un nebuloso aunque vital producto llamado *face*» (*The stuff of thought, Steven Pinker*, 2007: 380). La traducción es mía.

acción y determina nuestras actitudes hacia los demás. Es, al mismo tiempo, un espejo donde nos miramos y una máscara que nos ponemos para representar un papel en el teatro de la vida. Esta visión tan shakesperiana de las interacciones humanas en particular (y del drama de la existencia en general, podríamos añadir) está en consonancia con el pensamiento de Goffman, cuya obra está enriquecida por un lenguaje simbólico muy próximo a la complejidad de la ficción en el sentido más amplio de la palabra («cuando interactuamos ponemos en juego una presentación del Yo ante nuestro auditorio» Goffman *apud* Bravo, 2010: 28). En términos más prosaicos, ¿qué es exactamente la imagen, tal como la concibe Goffman? El autor del concepto lo define así: «el término *face* puede definirse como el valor social positivo que una persona verdaderamente reclama para sí misma a partir del guion que otros suponen que ha adoptado durante un contacto determinado. *Face* es una imagen del yo delineada en términos de atributos aprobados socialmente»[2] (Goffman, 1967: 5).

La creación de una imagen social no es un producto del azar o de la vanidad de las personas, no es una veleidad compartida, sino una estricta necesidad humana, pues «todas las personas tienen imagen social, desean que sus deseos de imagen sean satisfechos, y saben que los otros también tienen esos mismos deseos» (Goffman *apud* Hernández Flores, 2004: 105). Los *deseos* o *necesidades de imagen* (*face want* en el original) son universales, y tal vez este hecho explique en parte la extraordinaria repercusión que la noción de imagen ha tenido no solo en el ámbito sociológico del que procede, sino también en las más celebradas teorías de la cortesía, pertenecientes al campo de la lingüística. Puede variar el modo en que se construye la imagen por cuestiones culturales (y de hecho varía, como veremos más adelante), pero no la necesidad, el deseo de tenerla.

La imagen es una posesión extremadamente valiosa y por ello debe ser protegida. Existe un acuerdo tácito para salvaguardar nuestra imagen al tiempo que respetamos la de los demás durante el proceso de la interacción entre personas. Según Goffman, esto no se debe a una manifestación de intrínseca generosidad por nuestra parte, sino que dicha actitud responde a un cálculo interesado, pues «la primera motivación para considerar los deseos de imagen, si seguimos el pensamiento de Goffman, es egoísta y centrada en el propio beneficio» (Bravo, 2004: 21). Una vez

[2] La traducción es mía.

establecidas la capital importancia, la universalidad y la principal motivación de los deseos de imagen, ya solo queda por explicar de qué forma se construye y se protege la imagen que proyectamos socialmente. A las acciones encaminadas hacia ese fin las denominó Goffman *face work*, y en español las conocemos como *actividad* (o *actividades*) *de imagen.*

¿Qué abarca la actividad de imagen? Para Goffman, esta noción es amplia, pues comprende «todo lo que se hace para ser *consistente* con las necesidades impuestas por esa imagen social» (Bravo, 2004: 22), o, dicho de otro modo, «todo lo que una persona intenta para que sus acciones no hagan perder la imagen a nadie, ella misma incluida» (Goffman *apud* Kerbrat-Orecchioni, 2004: 42). Las actividades de imagen, que se desarrollan dentro del contexto de las interacciones personales y conectan por lo tanto la identidad personal y la social, «procuran reparar los actos amenazadores, canalizar y compensar la agresividad, y respetar la universal *necesidad de imagen* (*face want*) de los hablantes» (Goffman *apud* Mapelli, 2010: 558).

El otro concepto procedente de la obra de Goffman que resulta imprescindible para el posterior desarrollo de las teorías sobre la cortesía es el de *territorio.* El territorio es «el espacio de la acción tanto simbólico como material requerido por el yo» (Goffman *apud* Jacobsen y Kristiansen, 2015: 109, la traducción es mía). Si bien su idea de *los territorios del yo* se encuentra en una obra publicada en 1971, su obra clásica *The Presentation of Self in Everyday Life* describía ya las *regiones* como «cualquier lugar que esté limitado en alguna medida por las barreras de la percepción»[3] (Goffman, 1959: 106)[4]. Puede apreciarse la naturaleza dual de ambos conceptos, que abarcan lo físico y lo mental. La protección de ese territorio personal es para Goffman un fenómeno inseparable de la noción de cortesía, pues las interacciones personales son intrínsecamente frágiles. La necesidad de compensar dicha fragilidad es universal, y genera los rituales de cortesía presentes en todas las culturas (Goffman *apud* Kerbrat-Orecchioni, 2004:39-40). Ahora bien, para Goffman la protección de la imagen es una condición de la conversación, pero no su objetivo (Goffman *apud* Bravo, 2004: 21). Quienes situaron la vulnerabilidad de la imagen en el centro de su teoría de la cortesía

[3] La traducción es mía.
[4] La obra publicada en 1971 es *Relations in Public: Microstudies of the Public Order, Erving Goffman* (New York: Basic Books, 1971).

fueron Brown y Levinson, a través de la publicación de su obra *Politeness: Some Universals in Language Usage*, publicada en 1987.

2.1.1.2 Brown y Levinson: la cortesía como estrategia de la protección de la imagen

Es cierto que fue un sociólogo quien sentó las bases necesarias para construir una sólida teoría de la cortesía basada en el concepto de imagen, pero darle una forma coherente y sistemática era ya un trabajo destinado a los lingüistas[5]. Brown y Levinson no solo suscriben la opinión de Goffman sobre la fragilidad de la imagen en las interacciones humanas que genera la necesidad universal de mecanismos corteses, sino que la convierten en el fundamento de su teoría sobre la cortesía. Esta idea puede apreciarse en el siguiente fragmento: «En general, la gente coopera en mantener la imagen social (*face*) en la interacción, tal cooperación se basa en la mutua vulnerabilidad de la imagen social». (Brown y Levinson *apud* Kerbrat-Orecchioni, 2004: 40).

Para Brown y Levinson, la imagen tiene dos caras. Por un lado, la *imagen negativa* representa nuestro deseo de mantener un espacio personal libre de injerencias[6]. La *imagen positiva*, por su parte, se corresponde con nuestro deseo de ser aceptados socialmente (Brown y Levinson *apud* Hernández Flores, 2004: 95-96). Aunque las necesidades de imagen abarcan estas dos caras (generando según estos autores dos tipos de cortesía relacionados con cada una de ellas: la *cortesía positiva* y la *cortesía negativa*), la teoría de la cortesía de Brown y Levinson pone el foco en la defensa de nuestra imagen negativa, que desde su punto de vista se ve constantemente amenazada durante las interacciones personales. Las estrategias de cortesía (*politeness strategies* en la terminología original) tienen la finalidad de atenuar el efecto social nocivo que suponen las amenazas potenciales a la imagen negativa del individuo (los autores llaman a los actos que amenazan la imagen, ya sea la positiva o la negativa, *face threatening acts*). Una petición, por ejemplo, limita los derechos de una persona que

[5] Cabe precisar que no todas las teorías sobre la cortesía toman la imagen como punto de partida.: las teorías de Lakoff, Leech o incluso Grice obvian el concepto de imagen.
[6] Nótese la proximidad de esta idea al concepto de *territorio* o *territorios del yo* de Goffman.

afectan a su capacidad para tomar sus propias decisiones sin recibir presiones externas, por lo que una forma indirecta de expresar dicha petición resulta eficaz como estrategia compensatoria que dejaría a salvo la imagen negativa del interlocutor (Brown y Levinson *apud* Bravo, 1999: 156). Este es un ejemplo de cortesía negativa[7].

Según Brown y Levinson todo acto de habla supone una amenaza potencial para el interlocutor. Lo que Goffman entendía por *actividades de imagen* se convierte en la terminología de estos autores en *cortesía*[8] (Brown y Levinson *apud* Kerbrat-Orecchioni, 2004: 42). Si bien existen variaciones culturales en torno a las ideas de imagen, o a aspectos tales como qué actos son más o menos amenazantes o qué tipo de estrategias verbales se prefieren en cada caso, la protección de los deseos de imagen del otro como fundamento de la cortesía es para Brown y Levinson universal (Brown y Levinson *apud* Kerbrat-Orecchioni, 2004: 96). Como veremos en el siguiente subepígrafe, esta idea ha generado numerosas críticas hacia su teoría de la cortesía.

2.1.1.3 Críticas al modelo etnocentrista de Brown y Levinson

A pesar de su aportación a la teoría sobre la cortesía[9], el modelo de Brown y Levinson adolece de un defecto que ha sido objeto de las principales críticas de autores de todo el mundo[10]: el etnocentrismo de su propuesta.

---

[7] La cortesía positiva, mucho menos importante en la teoría de Brown y Levinson, consiste en «mitigar una expresión de desacuerdo o de desaprobación para no frustrar los deseos del interlocutor de que sus actos, formas de pensar, características personales o valores, sean aceptados» (Bravo, 1999: 156). Un ejemplo de esta estrategia sería empezar una frase con la fórmula «sí, es verdad, pero…» antes de exponer una objeción a lo dicho por el interlocutor, cuya imagen positiva quedaría de esta forma protegida.

[8] Kerbrat-Orecchioni señala que la originalidad del trabajo de Brown y Levinson consiste en cruzar las teorías de Searle (actos de habla) y Goffman (imagen social) para generar una teoría sobre la cortesía (Kerbrat-Orecchioni, 2004: 42). Hernández-Flores destaca también la influencia racionalista de Grice, pues la comunicación es planeada y dirigida por un hablante en la teoría de Brown y Levinson (Hernández-Flores, 2004: 98n).

[9] Diana Bravo escribe que el modelo de Brown y Levinson «constituye el mayor logro conceptual en cuanto a una teoría de la cortesía» (Bravo, 2004: 17).

[10] Bravo menciona a los siguientes autores críticos sobre la supuesta universalidad del modelo de Brown y Levinson: Wierzbicka, Matsumoto, Duranti, Nwoye, Mao, Meier, Bravo, Boretti, Hernández Flores (Bravo, 2004: 16). Al documentarnos sobre este punto concreto de la teoría de Brown y Levinson solo hemos encontrado a una autora importante que defiende la visión de los autores ante los ataques al etnocentrismo de su modelo: Kerbrat-Orecchioni (Kerbrat-Orecchioni, 2004: 46-47).

El problema de la teoría radica en la extrapolación de un modelo de cortesía que se ajusta a las sociedades anglosajonas al resto de sociedades, cuya esencia no consiste necesariamente en la protección de la imagen negativa del individuo ante hipotéticas amenazas externas. Autores como Ide, Gu, Matsumoto o Mao han demostrado que los parámetros descriptivos de Brown y Levinson no se adaptan satisfactoriamente a las sociedades no occidentales. Las sociedades china y japonesa, por ejemplo, no sitúan al individuo en el centro como una suerte de *fuerza centrípeta* en torno a la cual giraría el grupo (Mao *apud* Bravo, 2004: 23). En la sociedad nipona el valor del individuo se considera partiendo de su relación con respecto a los otros: la armonía social se produce cuando cada individuo ocupa exactamente el lugar que le corresponde, como si de un puzle se tratara (Matsumoto *apud* Bravo, 2004: 24).

Es preciso considerar el contexto de cada sociedad en particular para entender cuáles son las reglas de cortesía aceptadas por los miembros que la conforman. Solamente un enfoque empírico, alejado de supuestos generalizadores a priori, puede dar cuenta de la compleja variedad de posibilidades a través de las cuales se manifiesta en cada sociedad el fenómeno de la cortesía. Para solucionar los problemas creados por el enfoque etnocentrista de Brown y Levinson era necesaria la aplicación de la pragmática sociocultural, sobre la que pivotará el siguiente epígrafe.

2.1.1.4 El enfoque sociopragmático

Como comentábamos en el subepígrafe anterior, existen numerosas teorías que tratan de corregir las debilidades del modelo de Brown y Levinson basándose en la pragmática sociocultural. La falta de espacio nos impide desarrollar este punto en profundidad, de modo que nos hemos visto obligados a escoger solamente dos de ellas, que esperamos sirvan como muestra significativa de este tipo de enfoque: la teoría de *necesidad y afiliación* de Diana Bravo y la teoría de la cortesía entendida como una búsqueda de equilibrio social de Nieves Hernández Flores.

Bravo sostiene que «la división en los aspectos positivo y negativo de la imagen social no es universal» (Bravo, 1999: 159). Por otra parte, según esta autora el modelo de Brown y Levinson, basado en la pragmática ortodoxa, ofrece una interpretación en la cual «los actos son clasificables en categorías inamovibles y universales y la

conversación es vista como estática en vez de dinámica» (Bravo, 2010: 24). Para corregir estas deficiencias, Bravo remite a obras suyas publicadas durante los últimos años en las cuales

> sostenemos que la imagen social tiene una configuración socio-cultural particular para un determinado grupo o sociedad y que no puede trasladarse sin más a otros contextos, sino que es necesario determinar cuáles son los contextos socio-culturales que forman parte de esa configuración. Con esta justificación se utiliza una nueva denominación para estos aspectos (autonomía y afiliación), que a nuestro entender tiene una mayor capacidad explicativa. La imagen de autonomía y la de afiliación no son auto-explicativas y por eso constituyen categorías vacías a ser rellenadas con los contextos socio-culturales que correspondan en cada caso (Bravo, 2010: 25).

La autonomía, según señala Bravo, «abarca todos aquellos comportamientos que están relacionados con cómo una persona desea verse y ser vista por los demás como un individuo con contorno propio dentro del grupo» (Bravo, 2000: 106). Se refiere, por tanto, *grosso modo*, al espacio privado que los individuos de toda sociedad reclaman para sí mismos, a la «libertad de acción y de juicio» (Bravo, 2004: 31). La afiliación, por su parte, en palabras de la autora «agrupa aquellos comportamientos en los cuales se refleja cómo una persona desea verse y ser vista por los demás en cuanto a aquellas características que la identifican con el grupo» (Bravo, 2002: 106). Representa la necesidad de aceptación que todo individuo manifiesta con respecto al grupo al que pertenece[11].

La ventaja que presenta este modelo ante el de la imagen positiva y la imagen negativa universales de Brown y Levinson es que permite estudiar cada sociedad en concreto para descubrir de un modo científico las condiciones particulares mediante las cuales se construyen las nociones de imagen y las estrategias de cortesía adecuadas en cada caso. Las categorías vacías «se rellenan con significados y valores socioculturales» (Bravo, 2004: 30). Este enfoque nos permite un conocimiento directo y empírico de cada sociedad estudiada, además de una comprensión libre de prejuicios de las

[11] Nótese el parecido de esta clasificación con la noción de *imagen* (al igual que sucedía en ese caso con el individuo y la sociedad de la que forma parte, aquí la relación entre autonomía y afiliación es complementaria y la teoría no establece límites estrictos entre las dos debido al deliberado dinamismo de la misma). La propia Bravo señala que «la noción de *face* ha demostrado ser operativa para la clasificación de las imágenes de cortesía» (Bravo, 2010: 24). Para Bravo la adopción de Brown y Levinson de la noción de *imagen* es «uno de los mayores méritos que se le puede atribuir» a su teoría (Bravo, 2010: 24).

diferencias socioculturales que determinan la percepción de los hablantes de un modo que la teoría etnocentrista de Brown y Levinson no contempla[12].

La teoría de Nieves Hernández Flores también se circunscribe en el ámbito de la pragmática sociocultural. Para esta autora, la razón de ser de la cortesía consiste en tratar de alcanzar «una situación de *equilibrio* entre la imagen social del destinatario y la del hablante, de forma que ambas se vean beneficiadas en algún grado» (Hernández Flores, 2004: 100). Hernández Flores entiende que el deseo de equilibrio de las imágenes es más una aspiración ideal que un propósito accesible. La cortesía consistiría en una puesta en escena mediante la que un hablante reconoce la imagen de su interlocutor a partir del rol social que desempeña, al tiempo que confirma su propia imagen en relación con su propio rol (Hernández Flores, 2004: 100).

De este modo, la cortesía se presentaría a partir de dos posibles situaciones: si una situación es desfavorable para la imagen, la cortesía funcionaría a modo de atenuación o reparación; si la situación no representa una amenaza a la imagen por ser neutra o favorable, la cortesía serviría de realce de la imagen (Hernández Flores, 2004: 100-101). Como puede apreciarse, la cortesía no se limita a la protección de la imagen negativa como sucedía en el modelo de Brown y Levinson.

2.1.1.5 Los pares de roles en la interacción y el valor de la atenuación

Dado que toda interacción verbal supone el contacto entre, como mínimo, dos hablantes, es preciso conocer la relación exacta que existe entre ellos para entender la naturaleza de la comunicación que se desarrolla en cada contexto particular.

La noción de *imagen* resulta esencial para entender los factores que intervienen en las interacciones humanas, pues «los comportamientos comunicativos se realizan de forma que sean *consistentes* con esa imagen social» (Goffman *apud* Bravo, 2004: 21).

[12] Bravo señala algunas características propias de cada sociedad que servirían para rellenar las categorías vacías que mencionábamos: los españoles privilegiamos la originalidad del individuo, mientras que los suecos ansían sentirse siempre autosuficientes y efectivos (Bravo, 1999: 160, 172). El predominio de la imagen negativa en las sociedades anglosajonas y la percepción del individuo de pertenecer a un grupo como una parte dentro de un todo armónico (propia, como hemos visto, de algunas sociedades orientales) serían características socioculturales que nos permitirían clasificar a estas sociedades siguiendo el paradigma variable de *autonomía* y *afiliación*.

Existen unas reglas acerca del uso del lenguaje que los hablantes comparten, formando una *comunidad de lengua* (Hymes *apud* Bravo, 2002: 102) que permite la comunicación verbal entre los miembros de una sociedad. La defensa de la propia imagen y la protección de la del interlocutor son deseables desde el punto de vista social, por lo que el riesgo de que los hablantes vean amenazados sus *deseos de imagen* durante la conversación hacen necesario el uso de la cortesía «con el objetivo de obtener un grado adecuado de armonía interpersonal que haga posible la continuidad del encuentro social» (Bravo, 2004: 21). La cortesía es «siempre *una estrategia para quedar bien con el otro*[13]» y en ello consiste su «propósito distintivo» (Bravo, 2002: 101). Es, por lo tanto, una herramienta muy valiosa para que el complejo engranaje de las interacciones personales que tienen lugar en sociedad funcione adecuadamente. Llegados a este punto, conviene exponer en qué consisten las redes que forman las sociedades dentro de las cuales tienen lugar los intercambios comunicativos de los hablantes.

Las personas desempeñamos diversos roles en nuestra vida cotidiana[14]. La idea de rol describe «las distintas formas de comportamientos pertinentes a un sujeto en una situación social precisa y en constante interrelación respecto de los demás sujetos participantes del encuentro. El rol corresponde hacer según el evento comunicativo en marcha y según la posición relativa que un interlocutor adquiera respecto de los demás» (Goffman *apud* Cordisco, 2005: 184). El trato interpersonal consiste en la confluencia de *pares de roles* (marido-mujer, profesor-alumno, jefe-empleado, médico-paciente, etc.) que establece la naturaleza de la interacción social y determina el modo en que los hablantes hacen uso del lenguaje dependiendo de cada situación. Como señala Hernández Flores (2004:100) «un hablante confirma la imagen de su interlocutor en relación con el rol o los roles que está representando en esa situación, al tiempo que confirmaría la suya, también en relación con su rol».

[13] Es interesante constatar que Bravo no le atribuye a la cortesía la única función de proteger la imagen negativa del individuo ante amenazas potenciales a la manera de Brown y Levinson, sino que su enfoque sociocultural amplía su cometido en los siguientes términos: «ya sea manifestada como un objetivo primordial (por ejemplo un saludo, un agradecimiento, un halago) ya sea que se trate de una atenuación de algo que puede hacer quedar al hablante como rudo y descortés frente a sus interlocutores (una crítica, inapropiada) o de ser particularmente amable con el objetivo de obtener beneficios extrainterlocutivos» (Bravo, 2002: 101)

[14] Para este subepígrafe y también para el siguiente epígrafe en que consideraremos la imagen sociocultural española de los roles médico-paciente tomaremos el concepto de *rol* tal como lo entiende Goffman.

La multiplicidad de roles que una misma persona puede desempeñar a lo largo de un solo día incide también en el modo en que emplea el lenguaje en cada situación. Un importante empresario, por ejemplo, desempeña un rol dominante en las interacciones con sus empleados en el ámbito laboral debido a la jerarquía que le otorga su cargo. Su forma de dirigirse sus subordinados deberá ser respetuosa, pero también firme. Es probable que emplee un tratamiento formal que marque distancias con respecto a sus empleados, que evite fórmulas demasiado afectivas y, en una palabra, que considere el lenguaje como un instrumento más de poder con el que moldear su posición de liderazgo en su empresa. Muy diferente será el modo en que emplee el lenguaje, sin embargo, en el contexto doméstico, pues en ese caso sería absurdo que este mismo hombre se dirigiera a su esposa e hijos en calidad de director gerente de una multinacional, y será su rol de marido y padre el que determinará su uso mucho más cercano y afectuoso del lenguaje, su elección de un tono y unas palabras más cálidas que las pronunciadas en la oficina. Aún cabe imaginar a este hombre desempeñando un rol de naturaleza diferente: el de paciente. En este caso, es probable que se sienta en posición de inferioridad ante el doctor que lo trata, ya sea por el prestigio social de que goza esa profesión o, quizás especialmente, porque un médico siempre poseerá más conocimientos relevantes respecto a su salud que él mismo. Su rol de paciente condicionará el modo en que se dirigirá al profesional de la medicina, y es fácil imaginarlo disculpándose humildemente por no haber seguido el consejo de caminar media hora al día o haber descuidado la dieta más de lo conveniente. En esta situación es él quien resulta más proclive a las disculpas y promesas de enmienda, a diferencia de lo que ocurre en su empresa, donde sus subordinados adoptan frecuentemente una actitud más sumisa ante él. Quizá en el lapso de tiempo de solo unas horas este hombre ha sido jefe, marido y padre, y paciente, y cada uno de esos roles ha determinado su forma de comunicarse y de comportarse en cada momento, según lo exigieran las reglas tácitas de la actividad de imagen. Resulta interesante que en todos los supuestos descritos anteriormente sea apropiado el uso de la cortesía, ese «fenómeno de acercamiento o aproximación al otro en busca de un equilibrio social» (Briz, 2006: 227).

Dentro del amplio tema de la cortesía, para realizar nuestra propuesta didáctica nos centraremos en la estrategia lingüística de la atenuación, entendiendo esta tal y como la define Albelda (2016: 14):

> la atenuación es una estrategia pragmática (comunicativa) originada por necesidades de imagen y dirigida a mitigar y minimizar la intensidad de lo que se expresa reduciendo la fuerza ilocutiva del acto de habla, y en ocasiones, a través de mecanismos de lenguaje vago por los que se difumina o minimiza el contenido proposicional. La atenuación es, al mismo tiempo, una actividad argumentativa que permite a los hablantes formular un menor compromiso hacia lo dicho y así lograr más eficazmente las metas conversacionales de los participantes en el discurso.

La importancia de la atenuación puede percibirse si consideramos pares de roles concretos, como por ejemplo el de médico-paciente, que en este caso le sirve el primero para rebajar la distancia social que los separa en este tipo de interacción.

2.1.2. La imagen sociocultural española de los roles médico-paciente.

Como indicamos en el subepígrafe anterior, tomaremos como referencia el concepto de rol tal como era concebido por Goffman, tanto para nuestro marco teórico como para la propuesta didáctica que expondremos a continuación de este. En su obra *The Presentation of Self in Everyday Life* el autor señala con su lenguaje característico:

> Cuando un individuo o actor representa el mismo papel ante el mismo público en diferentes ocasiones es probable que surja una relación social. Al definir el rol social como la representación de derechos y deberes ligados a un estatus concreto, podemos decir que un rol social implicará uno o varios papeles y que el actor puede interpretar cada uno de estos diferentes papeles en repetidas ocasiones ante el mismo tipo de público o ante un público formado por las mismas personas[15] (Goffman, 1959: 16).

La figura del médico siempre ha gozado de un gran prestigio social. Ya Hipócrates, que vivió entre los siglos V y IV a.C., escribió «la medicina es la más distinguida de todas las artes»[16] (Hipócrates *apud* Nuland, 1988: 23). Desde la época del padre de la medicina occidental hasta nuestros días, el respeto e incluso la veneración universales por los profesionales de la medicina se han mantenido intactos[17]. Los médicos tienen la capacidad de curar a los enfermos, e incluso, en casos extremos, de salvar vidas, de modo que no es sorprendente que los miembros de esta profesión (así

[15] La traducción es mía.
[16] La traducción es mía.
[17] Por citar un solo ejemplo mucho más reciente, recordamos las palabras de Tinsley R. Harrison extraídas de una obra publicada en 1950: «No cabe mayor suerte, responsabilidad u obligación en el destino del hombre que convertirse en médico» (Harrison *apud* Navarro, 2016: 174).

como otros profesionales de la salud) vean recompensada su labor con reconocimiento y afecto por parte de sus pacientes y del conjunto de la sociedad de la que forman parte privilegiada. España no es una excepción, como prueban los excelentes resultados que obtienen los profesionales de la salud en los barómetros del CIS que miden el grado de aceptación y valoración de los distintos ámbitos profesionales[18].

La tradición cultural española presenta numerosos ejemplos de la alta estima en que se ha tenido a los médicos en nuestro país. Citaremos solamente dos ejemplos. El primero está tomado del Quijote y representa la opinión de un hombre sencillo, pues las siguientes palabras son puestas en boca de Sancho: «a los médicos sabios, prudentes y discretos los pondré sobre mi cabeza y los honraré como a personas divinas» (Cervantes, 2004: 902). El segundo ejemplo, más académico, procede de la obra *Tesoro de la lengua castellana o española*, publicada por Sebastián de Covarrubias el año 1611:

> …los llamamos physicos en quanto saben la theórica de la medicina, y médicos en quanto con la práctica nos curan. Por otro nombre los llaman doctores, y por ellos está el significado por excelencia, por la precisa necesidad que ay de que sean muy doctos, más que los graduados en teología o derechos; porque si yerran los primeros, ay recurso a la Yglesia, y al Santo Oficio, y si los segundos ay apelación para el juez superior; pero el error del médico es irremediable, y al punto se lo cubre la tierra… (Covarrubias *apud* Díaz-Rubio, 2012).

En este fragmento se puede apreciar la otra cara de la profesión médica: la responsabilidad. Antes señalábamos que el prestigio de los doctores está asociado a su capacidad para sanar a los enfermos. El hecho de que sus diagnósticos y tratamientos no tengan una importancia meramente teórica, sino que afectan a personas de carne y hueso, y de que sus errores puedan tener consecuencias fatales e irreversibles (como señala gráficamente Covarrubias en el texto citado) sitúan a los médicos en una posición delicada. La exigencia que se les supone y la presión a la que están sometidos hacen que los pacientes puedan percibir al médico, de cuya competencia dependen para recobrar la salud, de una forma un tanto distante, al tratarse de una figura imponente (como se aprecia en las palabras de Sancho, que llega a referirse a los médicos como «personas

[18] http://www.infosalus.com/asistencia/noticia-cis-medicos-profesionales-mejor-valorados-espanoles-20130306142933.html. Consultado el 13 de septiembre de 2017.

divinas»)[19]. En el *par de roles* médico-paciente, la posición de superioridad la ocupa el médico, pues es quien posee un mayor conocimiento de la situación médica del paciente y quien está en condiciones de mejorar su porvenir gracias a sus destrezas y a su competencia profesional. El paciente queda en cierto sentido a merced del médico, lo que unido al prestigio social de este lo sitúa en una posición de inferioridad durante las interacciones que se dan entre ambos.

Cabe concluir que en la imagen sociocultural española el rol del médico, como hemos demostrado con los ejemplos históricos y las encuestas del CIS cercanas en el tiempo, goza de un gran prestigio social, que lo sitúa por encima del paciente en el par de roles en el que tiene lugar la interacción médico-paciente.

2.1.3. Funciones de atenuación en el Español de la Salud

Las palabras son el principal vínculo que une al médico y el paciente que requiere sus cuidados. Es a través de ellas como el médico explica, inquiere[20], recomienda, sugiere, diagnostica, se aproxima al paciente. Son también las palabras las que le permiten al paciente expresar sus síntomas, la evolución de sus dolores, la naturaleza de sus dudas y preocupaciones. El factor humano, en definitiva, no se entiende sin el lenguaje que permite la comunicación entre personas, y la interacción entre el médico y su paciente es de suma importancia para ambos también desde el punto de vista humano. La confianza y el respeto que el médico le inspira al paciente se forjan sobre todo con palabras.

En el caso del contexto que nos ocupa, como hemos señalado previamente, la situación de vulnerabilidad a que está sometido el paciente reclama un uso especialmente cuidadoso del lenguaje por parte del médico. Como expresaron dos médicos franceses del siglo XIX, las obligaciones del médico comprenden «*guérir*

[19] Estas palabras de Harrison ilustran la exigencia y responsabilidad de los médicos: «Del médico siempre se esperan conocimiento, tacto, buen hacer, simpatía y comprensión, porque el paciente no solo es un conjunto de síntomas, signos, funciones alteradas, órganos dañados y emociones trastornadas. Es un ser humano que busca curación, ayuda, alivio y confianza. El médico no ha de pedir más a su destino, pero tampoco ha de contentarse con menos» (Harrison *apud* Navarro, 2016: 174).

[20] La anamnesis constituye el primer paso del proceso del reconocimiento médico, y en algunos casos la curación del paciente comienza por la propia comunicación.

parfois, soulager souvent, consoler toujours[21]» (Bérard y Gubler *apud* Laín Entralgo, 1990: 140). Es decir, si no siempre se puede alcanzar el objetivo de curar al paciente, lo que en ningún caso se le podrá negar es el consuelo, la empatía expresada a través del lenguaje. Pero no solo la empatía desempeña un papel importante en la interacción médico-paciente. No añadir dolor o incrementar la ansiedad del paciente a consecuencia de un uso torpe de la lengua española justificaría el interés del profesional de la salud que estudia español en conocer la utilidad de la atenuación y los procedimientos lingüísticos mediante los cuales llevar a cabo esta estrategia pragmática[22]. Sin embargo, la atenuación ofrece muchas más posibilidades, pues son múltiples sus funciones.

Albelda, Briz, Cestero, Kotwica y Villalba (2014: 45-47) señalan cuatro funciones generales del atenuante en su análisis cuantitativo de la atenuación. La primera de ellas (que los autores denominan *función 0*) no compete a los propósitos de este TFM, pues se refiere a la *autoprotección sin imagen*. La *función 1* abarca la *autoimagen*. El crédito que se les suele otorgar a los médicos debido a la excelente valoración social de que goza su profesión[23] minimiza la necesidad de esta función. No obstante, la protección de esa buena consideración que se les supone a estos profesionales implica la utilidad de la variable «evitar responsabilidades de lo dicho en tanto que afecta o puede afectar a la imagen propia» considerada en esta función. Si el médico asegura categóricamente, por ejemplo, que el medicamento recetado solucionará de raíz los problemas de salud de un paciente en un plazo de dos semanas, pero después de transcurrido ese tiempo las molestias del paciente no remiten, su imagen podría resentirse debido a su error de juicio. Una formulación atenuada de su criterio médico (una frase como «este medicamento suele funcionar bien», o «es probable que te ayude a sentirte un poco mejor») contribuiría a evitar este tipo de problemas, pues si el médico no tiene necesidad de construirse una imagen positiva, sí la tiene de conservarla.

La *función 2* tiene que ver con la *prevención* para evitar posibles daños a la imagen. De las seis variables que aparecen en la clasificación de los autores citados, tres nos parecen relevantes para los médicos. La primera de ellas consiste en «anticiparse a lo que podría ser un problema en la relación o en los beneficios que podrían obtener ambos interlocutores». Puede apreciarse la semejanza de esta variable a la de la *función*

[21] «Curar a veces, aliviar a menudo, consolar siempre» (la traducción es mía).
[22] Véase *esvaratenuacion.es* para consultar un extenso repertorio de recursos atenuadores. Consultado el 11 de septiembre de 2017.
[23] Véase el epígrafe anterior.

0 mencionada. Un ejemplo válido para esta variable sería tantear al paciente sobre el modo en que le gustaría que el doctor se dirigiera a él: en vez de tutearlo desde un principio, el profesional de la salud podría abrir la conversación diciendo algo parecido a «¿quizás podríamos tutearnos?». De este modo evitará la posibilidad de amenazar la imagen del paciente si este considera que un trato demasiado personal está fuera de lugar en ese contexto (también puede suceder lo contrario, especialmente en un país tan propenso al tuteo como España, y el paciente puede sentir que el médico marca distancias a través del lenguaje, y por lo tanto se sentiría más cómodo siendo tratado de manera más informal; en ambos casos el uso de la atenuación sería útil a la hora de establecer las bases de la relación y prevenir posibles malentendidos o dificultades). La segunda variable que repercute en la interacción médico-paciente de esta función se basa en «prevenir lo que puede ofender, atacar o dañar la imagen o los bienes del otro o de terceros». La propia formulación de esta variable nos da una idea de la importancia que tiene para que la comunicación verbal resulte satisfactoria. Un paciente cuya salud se ha resentido debido a sus problemas de tabaquismo podría sentirse atacado si el médico se dirige a él en términos parecidos a estos: «fumas dos cajetillas al día y es muy normal que ahora estés padeciendo las consecuencias». Una forma atenuada apropiada para mantener a salvo su imagen sería «vamos a tener que empezar a fumar mucho menos, porque esta adicción al tabaco nos está dando problemas» (cabe señalar que el hecho de que un doctor se dirija a su paciente con tacto no implica que no deba ser severo, e incluso amenazante en ciertos casos, pues su principal preocupación es la salud de sus pacientes). La tercera y última variable relacionada con la función de prevención trata de «prevenir a través de la reducción de cómo repercute lo dicho, muchas veces generalizando o expresando algo como una evidencia». Ante un paciente obeso que ha descuidado el ejercicio recomendado por el médico, este podría decirle «entiendo que la sociedad de hoy en día nos empuja a llevar una vida sedentaria, pero un poco de ejercicio al día es importante». De esta forma el médico exculpa en parte la pereza del paciente, considerando su falta de actividad física como un síntoma causado por complejos factores sociales en vez de señalar con el dedo su propia responsabilidad.

La *función 3* está relacionada con la *reparación* de la imagen. Los autores incluyen cinco variables en esta función, de las que consideramos que cuatro forman parte de la competencia del médico. La primera, de suma importancia en cualquier interacción verbal, consiste en «reparar los daños que se han producido ya a la imagen

de otros». Si debido a una torpeza expresiva el fumador al que nos referíamos se muestra visiblemente ofendido, el médico puede tratar de enmendar su error mediante el uso de la atenuación con palabras como «bueno, entiendo que tu trabajo es muy estresante y fumar te relaja un poco, y además cuando empezaste a fumar seguramente no eras del todo consciente de los riesgos que el tabaco suponía para tu salud». La segunda variable de esta función que debe ser tenida en cuenta por un profesional de la salud se refiere a «resolver un problema que se ha producido ya en relación con el otro o en los beneficios que pueden obtener ambos interlocutores». Esta descripción es tan similar a la de la variable anterior que el mismo ejemplo sería aplicable también a esta variable. La tercera variable que debe ser considerada para los propósitos de nuestro TFM se ocupa de «reparar el desacuerdo, la disconformidad ya expresados, por ejemplo justificándolo de algún modo». Si el paciente a quien nos referíamos en la *función 1* protesta ante la falta de eficacia prometida del fármaco recetado al cabo de dos semanas, el médico puede reparar su error por haberse expresado en términos categóricos sobre sus efectos justificando sus palabras con argumentos basados en experiencias pasadas o reconociendo un error de cálculo. El médico también puede (y quizá debe) disculparse por su error, cuyas consecuencias afectan a su paciente. Esta disculpa entraría en la categoría de la última variable considerada por Albelda et al: «reparar lo que se entiende que ha ofendido o ha podido ofender al otro, o dañado la imagen o los bienes del otro».

Como puede apreciarse, las posibilidades que ofrece el uso de la atenuación dentro de la interacción médico-paciente son amplias y variadas. Este hecho, unido a las numerosas tácticas lingüísticas involucradas y a la previsible carencia de estrategias pragmáticas en español de los profesionales de la salud alumnos de español, hacen necesario un tratamiento explícito de la estrategia de la atenuación, en el aula de EFE de la salud. Para tal fin, en la parte práctica de este TFM propondremos una serie de actividades basadas en la técnica de role-play.

2.2. El desarrollo de la competencia pragmática en el Español de la Salud

2.2.1. La importancia de la competencia pragmática en el aula de EFE

El estudio de lenguas extranjeras en España se ha ido adaptando a lo largo de la historia a las modas y corrientes lingüísticas y pedagógicas procedentes de otros países. Este hecho implica que los defectos educativos presentes en países como Inglaterra,

Francia, Alemania o los Estados Unidos, precursores en el campo que nos ocupa, han lastrado también el aprendizaje de lenguas extranjeras en nuestro país, donde el sistema empleado se limitaba básicamente a la imitación del último modelo en boga. Del mismo modo, a medida que los enfoques de la enseñanza de lenguas se iban ampliando y enriqueciendo, conservando los aspectos positivos de los métodos antiguos y aportando ideas nuevas para resolver sus limitaciones, los resultados de las mejoras acababan llegando también a España.

El uso del método tradicional, también llamado método de gramática-traducción (MGT), que era el predominante a finales del siglo XIX, es muy significativo en este sentido, pues adolece de un defecto que solo progresivamente se ha ido corrigiendo hasta llegar a desaparecer de las aulas de enseñanza de lenguas extranjeras en España. Aquilino Sánchez (2009: 33-34) enumera las características principales del método tradicional de la siguiente manera:

- *La elaboración del currículo sobre el eje de una descripción gramatical de la lengua.*

- *El predominio de la gramática normativa en el conjunto de objetivos que deben alcanzarse. Todo ello suele concretarse en el aprendizaje de reglas.*

- *La memorización de listas de vocabulario.*

- *La presencia en cada lección de temas de traducción directa e inversa.*

- *El lenguaje literario y formal propuesto como modelo de aprendizaje.*

- *El uso preponderante de la lengua materna del alumno en clase.*

El defecto de este método consiste en que se aborda el estudio de la lengua meta como si de una lengua muerta se tratara. No se entiende la lengua como un organismo vivo que evoluciona a lo largo de la historia y que se manifiesta en situaciones comunicativas concretas, con matices interactivos concretos. La lengua, según este método, es una mera abstracción, libre de toda contingencia histórica, sociológica, humana.

El método directo (MD), que fue introducido por Maximilian Berlitz en los Estados Unidos, desde donde se difundió a otras partes del mundo (Sánchez, 2009: 56),

supuso un gran avance en la enseñanza de lenguas extranjeras, pues introdujo en el aula la importancia de la lengua oral y de la propia comunicación, sin la cual no puede entenderse el aprendizaje de una lengua viva. Es cierto que las situaciones que aparecen en el aula siguiendo este método son aún limitadas, pero tienen al menos el mérito de supeditar el estudio de la gramática y el vocabulario (que en el MGT constituían un fin en sí mismo) a las necesidades comunicativas del alumno. El enfoque pasa de ser deductivo a inductivo. El alumno aprende una lengua extranjera principalmente para hacer uso de ella en situaciones reales, para comunicarse. Por esta razón, se estimula la participación del alumno en clase, siempre en la lengua meta.

Este paso fue decisivo a la hora de adoptar el enfoque comunicativo (EC) en la enseñanza de lenguas extranjeras. Dicho enfoque es amplio y complejo, y por lo tanto no resulta fácil de definir. Aquilino Sánchez, después de exponer las dificultades que entraña una categorización de dicho enfoque, debidas sobre todo a la heterogeneidad de sus propuestas, busca su esencia: «Cuando hablamos de enfoque comunicativo hacemos referencia al movimiento pedagógico que orienta su acción docente hacia el aprendizaje de la lengua con fines comunicativos» (Sánchez, 2009: 108). Solo entonces puede la pragmática integrarse plenamente en los planes de estudio de lenguas, pues como dice Aquilino Sánchez «no sería fácil imaginar el desarrollo del método comunicativo sin la presencia de la pragmática en lingüística» (Sánchez, 2009: 108). El objeto de estudio de la pragmática es la competencia comunicativa, concepto acuñado por Hymes en 1972, para referirse a «las reglas de tipo social, cultural y psicológico que rigen el uso de una lengua en determinados contextos sociales». (Hymes *apud* Aguirre Beltrán, 2004: 507). Para Hymes es la competencia comunicativa lo que «constituye al hablante como tal, y en ella intervienen una serie de estrategias sobre cómo usar la lengua en una situación comunicativa» (Hymes *apud* Aguirre Beltrán, 2004: 507). La situación comunicativa «se compone de dos grupos de *factores: el contexto y las interacciones personales*» (Aguirre Beltrán, 2004: 512). Es a partir de los años ochenta cuando la pragmática se establece definitivamente como una parte importante del estudio de las lenguas extranjeras. Escandell define la pragmática como «el estudio de los principios que regulan el uso del lenguaje en la comunicación, es decir, las condiciones que determinan tanto empleo de un enunciado concreto por parte de un hablante concreto en una situación comunicativa concreta como su interpretación por parte de un destinatario» (Escandell, 1996: 13-14). Es importante hacer notar que en esta definición se tiene en

cuenta al destinatario en el acto comunicativo, figura que estaba totalmente ausente en el MGT y cuya presencia en el MD era apenas coyuntural, como mero comparsa de una circunstancia comunicativa *ad hoc*. La comunicación que tiene en cuenta el paradigma pragmático no es ya unívoca, sino bidireccional. La situación comunicativa se convierte también en un elemento significativo en el análisis del uso del lenguaje. Como señala Aguirre Beltrán, «no se puede interpretar un código lingüístico al margen de las convenciones contextuales de uso» (Aguirre Beltrán, 2004: 509). «La complejidad lingüística», comenta Sánchez en un tono similar, «sólo es observable en el uso de la lengua, no en la formalización teórica abstraída de la realidad» (Sánchez, 2009: 109).

Si la pragmática se hizo un hueco en la enseñanza de español general a partir de los años ochenta, como señalamos anteriormente, la concepción funcional-pragmática se ha convertido en una herramienta imprescindible en el aula de EFE. Kocourek define la lengua de especialidad como «más que un registro, más que el discurso, más que el vocabulario o la terminología. Es un sistema libre, con recursos que abarcan todos los planos de la lengua» (Kokourek *apud* Aguirre Beltrán, 2004: 509). Al centrarse el contenido del español para fines específicos en contextos tan concretos (por tomar la palabra exacta que utiliza Escandell hasta tres veces en su definición de la disciplina anteriormente citada), la adquisición de un buen conocimiento pragmático que permita a los alumnos desenvolverse satisfactoriamente en sus ámbitos laborales se antoja crucial. La competencia pragmática, por lo tanto, debe añadirse en el aula a la competencia lingüística (que abarca tales aspectos lingüísticos como la fonología, la morfología, la sintaxis, la semántica y el léxico, es decir, la parte explícita de la comunicación), pues «la integración de estos dos tipos de conocimiento constituye la competencia comunicativa de los hablantes» (Aguirre Beltrán, 2004: 509), sin la cual no es posible una eficaz interacción profesional. «El paradigma de la pragmática, razona Aguirre Beltrán, ha tenido una repercusión fundamental en la enseñanza de lenguas con fines específicos. Este paradigma plantea el análisis de la lengua en acción, es decir, con una orientación hacia la competencia comunicativa en su doble vertiente de comprensión y expresión» (Aguirre Beltrán, 2004: 506). Este hecho hace que el tratamiento de la competencia pragmática resulte un requisito imprescindible en el aula de EFE.

2.2.2. La enseñanza del Español de la Salud

2.2.2.1. Estado de la cuestión

El Español de la Salud se encuadra dentro de los ámbitos profesionales y académicos que abarca la enseñanza de español para fines específicos. Aunque la denominación EFE no se extiende hasta principios de la década de los noventa, convirtiéndose desde entonces en «una de las ramas más relevantes de la enseñanza del español como lengua extranjera» (http://cvc.cervantes.es/ensenanza/biblioteca_ele/diccio_ele/diccionario/ensenanzafinespec.htm) [consultado el 10 de agosto de 2017], la enseñanza de EFE surge a finales de los años sesenta favorecida por la aparición del enfoque comunicativo en el aprendizaje de lenguas extranjeras, siguiendo la estela marcada por la enseñanza del inglés especializado, que se denominó *English for Specific Purposes* (ESP). Hutchinson y Waters se refieren a la enseñanza especializada de lenguas extranjeras como «el enfoque de la enseñanza de lenguas que tiene como meta satisfacer las necesidades de comunicación de un grupo específico de aprendices» (Hutchinson y Waters *apud* Aguirre Beltrán, 2004: 503).

La demanda de EFE ha crecido considerablemente en las dos últimas décadas, si bien no de manera uniforme en todos los ámbitos que la integran, pues dicha demanda «se ha focalizado fundamentalmente en lo que se ha dado en llamar español de los negocios» (Gómez de Enterría, 2009:65). Como apunta Felices Lago «esta desigualdad según las diferentes áreas tiene como consecuencia que podamos encontrar una extraordinaria abundancia de libros relacionados con el español comercial y de negocios frente al resto de especialidades, cuya presencia es, en algunos casos, puramente testimonial» (Felices Lago *apud* de Andrés González y Lanzarote Rojo, 2009: 2). Aportando datos más precisos, este mismo autor reflexiona: «resulta sorprendente que solo exista un texto para los servicios sanitarios y otro para el lenguaje jurídico destinado a estudiantes extranjeros, sobre todo si se toma en consideración la demanda actual» (Felices Lago *apud* de Andrés González y Lanzarote Rojo, 2009: 2).

Sin duda debido a la demanda que menciona el autor, la situación del Español de la Salud en concreto ha mejorado, gracias a la publicación de más manuales, así como a la presencia de este ámbito de EFE en cursos universitarios, congresos e

investigaciones académicas que han venido a llenar en parte las lagunas que lamentaba Felices Lago hace una década. El auge globalizador del español en todo el mundo, reflejado anualmente en los informes del Instituto Cervantes[24], nuestra lengua y la importancia cada vez mayor de la comunidad hispana en los Estados Unidos[25], unidos a los progresos en la investigación y puesta en práctica de las aportaciones científicas del Español de la Salud nos invitan a divisar un horizonte prometedor en esta área de la enseñanza del español.

2.2.2.2. Implicaciones de la pragmática en el Español de la Salud

Hemos visto en el epígrafe 2.2.1 la importancia que adquiere la competencia pragmática del hablante en las situaciones comunicativas en las que se halla inmerso. En el contexto laboral dicha importancia se intensifica debido a la especificidad de los factores relevantes para que el intercambio de información que se produce durante la interacción en este ámbito resulte eficaz y satisfactorio para los interlocutores implicados. Por ello, como sostiene Gómez de Enterría:

> La enseñanza de las lenguas de especialidad debe partir forzosamente del enfoque de carácter sociopragmático, sólo así podremos establecer las coordenadas imprescindibles para situar los discursos científicos, técnicos y profesionales en su contexto real y establecer hasta qué punto los factores extralingüísticos pueden ser considerados como condicionantes de las características que conforman este tipo de comunicación (Gómez de Enterría, 2009:72).

Si bien la pragmática es clave en todos los ámbitos de EFE, la variedad de posibilidades que ofrece el Español de la Salud es otro factor a tener en cuenta a la hora de valorar la trascendencia de la competencia pragmática en este campo profesional. Como comentan de Andrés González y Lanzarote Rojo (2009: 3) tras reflexionar sobre el uso de la lengua en las consultas médicas de atención primaria:

[24] http://www.cervantes.es/imagenes/File/prensa/EspanolLenguaViva16.pdf. Consultado el 13 de septiembre de 2007.
[25] https://www.nytimes.com/es/2017/08/23/el-espanol-florece-en-estados-unidos-a-pesar-de-todo/?mcubz=0. Consultado el 13 de septiembre de 2017.

> Conviene no olvidar, por otro lado, que el contexto médico-sanitario es bastante complejo y hay muchos otros contextos comunicativos importantes como la recepción de enfermos, la enfermería, la sala de curas y de análisis, los laboratorios, las salas de espera….

Los contextos que abarca el Español de la Salud, además de variados, revisten también una mayor sensibilidad que en las otras profesiones que forman parte de EFE. Aunque las situaciones que se pueden encontrar los profesionales del Español de los Negocios o los del Español del Turismo pueden implicar una cierta tensión debido a un posible fracaso comercial provocado por malentendidos de carácter intercultural, o por algún otro problema comunicativo (y la presión aumenta de manera proporcional a la responsabilidad del profesional dentro de su empresa), el Español de la Salud presenta contextos que fluctúan entre la irritabilidad de un paciente debida a su propia percepción de desvalimiento ocasionado por su enfermedad hasta situaciones que son literalmente de vida o muerte. El profesional de la medicina debe estar preparado para afrontar este tipo de circunstancias, siempre difíciles incluso cuando no llegan a ser extremas. Una simple consulta médica requiere ya mucho tacto por parte del médico:

> Cuando un paciente llega bien a urgencias bien a consulta, naturalmente es porque no se siente bien. Este malestar, unido a la consideración social que se tiene de los médicos, puede provocar que muchas veces el paciente se sienta especialmente vulnerable, por lo que debemos cuidar tanto nuestro tono de voz como nuestra expresión (Gancedo, 2017:11).

La competencia pragmática se hace fundamental en situaciones donde una palabra fuera de lugar, un gesto mal interpretado o incluso un tono de voz inadecuado pueden añadir inquietud y malestar al paciente[26]. Es cierto que el uso negligente de la pragmática en el Español de los Negocios puede frustrar una importante operación comercial, pero en el Español de la Salud puede causar sufrimiento a una persona que

[26] En este punto es pertinente recordar la importancia del lema hipocrático «si no puedes ayudar, al menos no hagas daño». Aunque el origen de la expresión, que ha llegado a nosotros a través de la traducción latina *primum non nocere*, es discutido, el carácter hipocrático de la máxima está fuera de toda duda, como también lo está la influencia que ha tenido en la mentalidad de los profesionales de la medicina, que llega hasta nuestros días (véase *Doctors. TheBiography of Medicine, Sherwin B. Nuland*, 1995: 15-16).

necesita comprensión, y, en muchos casos, consuelo. Escandell sostiene que «la comunicación no se funda en conocimientos falseables, sino en hipótesis gobernadas por una lógica de tipo probabilístico» (Escandell, Introducción a la pragmática, 1996: 34). Una competencia pragmática adecuada por parte de los profesionales de la salud incrementa las probabilidades de que el paciente reciba el trato que merece, y no es ese un asunto de poca importancia.

2. 2. Conclusiones del marco teórico

La situación de vulnerabilidad del paciente a la que nos referimos en el epígrafe anterior, así como su posición de desventaja ante la respetada figura del doctor, hacen necesaria la protección de su imagen[27]. De estas necesidades de imagen surge precisamente la atenuación, tal como indica Albelda (2016) en su definición de esta estrategia pragmática que tomamos como referencia para este TFM[28]. Existen diversos recursos lingüísticos que sirven para atenuar «la fuerza ilocutiva del acto de habla» (Albelda, 2016: 14). Las particularidades de la visión hispana de los roles del médico y el paciente podrán también ser tratados en estas actividades cuya finalidad será concienciar a los alumnos sobre la necesidad del uso de la atenuación en el trato con el paciente, dotarlos de los recursos lingüísticos adecuados para mitigar el mensaje y distanciarse del mensaje transmitido y sumergir a los alumnos en el contexto hispano de la interacción médico-paciente.

[27] Para el concepto de imagen social en Goffman y la atenuación como actividad de imagen véase el apartado 2.1.1 de nuestro TFM.
[28] Véase el epígrafe 2.1.1.5

III. PROPUESTA DIDÁCTICA

3.1. Metodología

Nuestra propuesta didáctica se llevará a cabo en la Facultad de Medicina de la Universidad de Cantabria, situada en la ciudad de Santander. El centro proporcionará los medios necesarios para el desarrollo de la misma. Se requerirán los siguientes elementos: un aula con capacidad suficiente para acoger a un número reducido de estudiantes, una pizarra blanca para rotulador (más los rotuladores y el borrador), un ordenador a disposición del docente y un proyector para mostrar diapositivas o realizar presentaciones visuales de PowerPoint. Además, el docente dispondrá de fotocopias que distribuirá cuando estime oportuno a los alumnos para facilitar su seguimiento de los aspectos teóricos de las clases, así como para la realización de las actividades prácticas que tendrán lugar en la última parte del curso.

El profesor no abordará la teoría desde un punto de vista demasiado técnico, pues tratará de centrar el interés de los alumnos (por lo demás probablemente no muy versados en asuntos puramente lingüísticos debido a su perfil profesional) en la necesidad de conocer y utilizar la estrategia de la atenuación más que en detalles de carácter académico. Su enfoque debe ir por lo tanto más encaminado hacia la reflexión por parte de los alumnos que a un discurso estrictamente metalingüístico, y además, para facilitarles la comprensión, debe ser gradual y secuenciado (Bartol apud Gancedo, 2017:8). El profesor se encargará de fomentar el dinamismo en el aula a través de la cooperación, creando una atmósfera propicia para el planteamiento de cualquier duda por parte de los alumnos y tratando de implicar a la clase mediante el intercambio de ideas y opiniones, empleando el español como vehículo de comunicación (Sanz, 2001: 42-43).

Dado que no se ha contado con un grupo real para pilotar las secuencias que se trabajarán en el aula, la clase ha sido pensada partiendo de un grupo ideal formado por estudiantes de diversas nacionalidades que aspiran a desarrollar su labor profesional en un contexto hispanohablante, o en países donde la influencia del español sea un factor importante, como por ejemplo Estados Unidos (véase el epígrafe 2.2.2.1 de nuestro TFM). Estos profesionales de la medicina le conceden una gran importancia a una interacción adecuada con sus futuros pacientes hispanohablantes, por lo que el desarrollo de la competencia pragmática, que incluye el trabajo con numerosas

estrategias entre las que destaca la atenuación, será una de las prioridades del curso al que desean asistir.

Se requerirá que los alumnos posean un nivel de B2 del MCER (2002) en español, pues esta será la única lengua empleada tanto por el profesor como por los propios alumnos.

Las secuencias que a continuación se presentan pretenden alcanzar los siguientes objetivos generales:

- ✓ Concienciar a los alumnos sobre la utilidad de conocer y emplear la estrategia de atenuación para mejorar sus interacciones tanto con los pacientes como con sus familiares.

- ✓ Poner en práctica los conocimientos adquiridos a través de actividades que les permitan trabajar todas las destrezas de la lengua meta, con especial énfasis en la interacción.

- ✓ Crear un clima de cooperación, cordialidad y tolerancia que facilite el trabajo en equipo.

- ✓ Presentar a los alumnos contextos verosímiles que les permitan reflexionar sobre la percepción de la relación médico-paciente en el ámbito hispano.

Dado que el carácter del curso será reflexivo y estará orientado a la solución de problemas de índole práctica antes que a aspectos académicos, la evaluación de los alumnos será continua. No habrá exámenes, ni calificaciones, sino que cada alumno se encargará de valorar sus progresos. Serán por lo tanto los propios alumnos quienes, con la ayuda del profesor, corregirán las actividades por consenso y analizarán mediante un debate abierto la aportación del curso a su competencia profesional. En aras de fomentar un aprendizaje autónomo, al final de cada secuencia habrá una autoevaluación que servirá para culminar la reflexión sobre los aspectos tratados y los conocimientos adquiridos por los alumnos.

3.2. Desarrollo de las secuencias didácticas

Las seis secuencias que presentamos forman parte de un curso de Español de la Salud donde se abordan los tres ejes de la comunicación clínica. Todas estas giran en torno a una estrategia comunicativa concreta: la atenuación. El material aportado para trabajar esta estrategia podrá ser insertado por el profesor a lo largo del curso en el momento que estime oportuno.

3.2.1. Secuencias didácticas para trabajar la atenuación en la interacción médico-paciente

Las tres secuencias didácticas pertenecientes al tipo de interacción médico-paciente tendrán como punto de partida una situación comunicativa verosímil y cotidiana en el ámbito de la profesión médica. El orden de las secuencias es gradual, es decir, el grado de amenaza tanto a la integridad física como a la imagen del paciente es mayor a medida que avanzan las secuencias.

La primera corresponde a una situación trivial y rutinaria que no alberga ninguna dificultad especial para el médico ni, en principio, ningún peligro físico para el paciente, aunque sí para sus necesidades de autonomía, pues implica una invasión de su intimidad: un reconocimiento médico.

En la segunda secuencia, el médico tendrá que explicarle a su paciente los detalles de un procedimiento de cirugía al que será sometido en un plazo breve.

En la tercera secuencia, el médico se encargará de la transmisión de una mala noticia médica que afectará sensiblemente a las expectativas de futuro del paciente.

BLOQUE 1

INTERACCIONES MÉDICO-PACIENTE

SECUENCIA 1: DOCTOR, NO ME ENCUENTRO MUY BIEN…

Nivel: B2

Destinatarios: Profesionales de la medicina

Contenidos:

- Formas de tratamiento en español como maneras de dirigirse a un paciente.
- Procedimientos lingüísticos: diminutivos, modificadores externos como tácticas de atenuación.
- Reformulaciones de frases para suavizar el mensaje transmitido al interlocutor.
- Uso de la atenuación en un contexto interactivo frecuente en la profesión médica.

Objetivos:

- Concienciar sobre la pertinencia de diferentes formas de tratamiento en español.
- Reflexionar sobre la utilidad de la atenuación en contextos médicos.
- Concienciar sobre la importancia de un buen uso de la comunicación en la interacción con los pacientes.
- Identificar y ser capaces de usar en los contextos adecuados ciertas tácticas lingüísticas de atenuación.

Destrezas: Expresión oral, comprensión oral, comprensión escrita, expresión escrita.

Duración: Aproximadamente 60 minutos.

La primera situación comunicativa sobre la que trabajaremos será un reconocimiento médico. Nos centraremos en los dos primeros pasos: la anamnesis o historia clínica personal y la exploración clínica. No consideraremos los estudios complementarios que en ocasiones precisa el paciente después de someterse a los pasos mencionados.

Imagen 1: Paciente en la consulta para pasar un reconocimiento médico.

Fuente: **http://energyivcenter.com/chequeo-medico-general/**

Desarrollo de la secuencia:

Actividad 1 (véase anexo 1). (10 minutos) En esta actividad, el profesor les plantea a los alumnos dos situaciones relacionadas con el contexto de un reconocimiento médico. Los alumnos leerán las pequeñas descripciones de las circunstancias en que dos pacientes de diferentes edades se presentan en la consulta del doctor. Debajo de las descripciones habrá diferentes preguntas formuladas por el médico. Algunas de las preguntas se referirán a la anamnesis y otras a la exploración clínica. Los alumnos, que trabajarán en parejas, deberán relacionar cada una de las frases con el paciente al que van dirigidas. Tras un breve intercambio de opiniones, el profesor dará algunas claves a los alumnos sobre la forma adecuada de tratar a cada paciente y les invitará a aportar ejemplos con la nueva información. El profesor tratará de fomentar un clima de cooperación y diálogo intercultural que anime a la participación activa de los alumnos. Esta actividad le servirá además para hacerse una idea de los conocimientos de español de los alumnos y de su forma de aplicarlos en un contexto pragmático.

Actividad 2 (véase anexo 2). (10 minutos) Esta actividad consistirá en la práctica de dos tácticas lingüísticas que se usan frecuentemente para atenuar: los modificadores (ya sean internos o externos) y los términos que utilizan para suavizar la carga semántica de lo expresado (lítotes y eufemismos). Tras una explicación centrada en los aspectos prácticos de estos recursos expresivos, el profesor presentará varios ejemplos de cosas poco agradables que un médico le tendrá que transmitir a sus pacientes, minimizando el daño a su imagen a través del uso de las tácticas de atenuación explicadas. Esta actividad constará de dos apartados. En el primero, los alumnos tendrán que escribir una frase que suavice las palabras de un médico que se dirige a sus pacientes de forma brutal, sin pensar en el efecto de sus palabras en el paciente. Los alumnos contarán con la ayuda de las palabras clave para construir las frases atenuadas. En el segundo apartado, los alumnos deberán relacionar el significado de una serie de frases atenuadas con otras expresadas de manera directa.

Actividad 3 (véase anexo 3). (15 minutos) El profesor entregará una copia de un texto a los alumnos y les dejará unos minutos para que puedan leerlo atentamente por su cuenta. Una vez concluida la lectura, se asegurará de resolver las posibles dudas que les surjan, especialmente sobre vocabulario y otros contenidos lingüísticos, antes de proponer un debate guiado por el propio profesor sobre algunos comunicativos especialmente relevantes para la interacción médico-paciente. La función del profesor consistirá en atraer la atención de los alumnos sobre la utilidad de ciertas estrategias lingüísticas, especialmente la atenuación, para que les pueda servir en sus futuras interacciones con pacientes hispanohablantes. Esta actividad pretende también darles la oportunidad a los alumnos de practicar su comprensión escrita, su expresión oral y aportarles en enfoque reflexivo sobre el uso del español en un contexto verosímil en la labor cotidiana de un médico.

Actividad 4 (véase anexo 4). (20 minutos) Esta actividad consistirá en un role-play representado por los alumnos en parejas. Cada pareja escribirá un diálogo breve (con la ayuda del profesor, si fuera necesario) que representará ante el resto de la clase. Una persona de la pareja representará al médico y la otra al paciente. Para hacer esta actividad más dinámica, el profesor propondrá una heteroevaluación después de la simulación: cada alumno tendrá una plantilla que le permita valorar la actuación de sus compañeros. Esta actividad aportará creatividad y un enfoque lúdico a los últimos minutos dedicados a esta secuencia, y además permitirá poner en práctica los conocimientos adquiridos previamente.

Actividad 5 (véase anexo 5). (5 minutos) Los alumnos harán una pequeña autoevaluación respondiendo en qué medida del 1 a l 5 son ciertas las unas afirmaciones que reflejan los objetivos principales de la primera secuencia.

SECUENCIA 2: ¿Y DICE, DOCTOR, QUE NO ME VA A DOLER…?

Nivel: B2

Destinatarios: Profesionales de la medicina

Contenidos:

- Procedimientos lingüísticos: peticiones, preguntas y órdenes expresadas de forma indirecta como mecanismos de atenuación.
- Elementos lingüísticos para expresar duda o probabilidad.
- Reformulaciones de frases para suavizar el mensaje transmitido al interlocutor.
- Uso de la atenuación en un contexto interactivo frecuente en la profesión médica.

Objetivos:

- Emitir órdenes y realizar peticiones de forma indirecta a través de ciertos recursos lingüísticos.
- Expresar duda, incertidumbre o probabilidad cuando resulte oportuno evitar afirmaciones tajantes.
- Identificar y ser capaces de utilizar ciertos procedimientos de atenuación en un contexto cotidiano en la profesión médica.

- Reflexionar sobre la utilidad de ciertos procedimientos de atenuación en una situación concreta.

Destrezas: Expresión oral, comprensión oral, comprensión escrita, expresión escrita.

Duración: Aproximadamente 60 minutos.

La segunda situación comunicativa sobre la que trabajaremos será una explicación del médico a su paciente de un sencillo procedimiento quirúrgico: una operación de menisco por artroscopia de rodilla.

Imagen 2: Médico estrechando la mano de su paciente, que se recupera de una operación de menisco.

Fuente: **https://www.operarme.es/uploads/images/Imagenes-noticias/artroscopia-menisco/paciente-intervenido-de-menisco.jpg**

Desarrollo de la secuencia:

Actividad 1 (véase anexo 6). (15 minutos) Esta actividad tratará sobre el uso de las peticiones, preguntas, mandatos u órdenes expresadas de forma indirecta. El profesor, tras mostrar la estructura de dos modos lograr este tipo de atenuación, presentará a los alumnos dos formas posibles de recabar información y transmitir órdenes, encarnadas en dos tipos diferentes de doctor. El primero de ellos es muy directo y no le presta mucha atención a la forma de dirigirse a sus pacientes. La segunda es una doctora muy cuidadosa en su expresión, que trata de proteger la imagen de sus pacientes en todo momento. Los alumnos tendrán que transformar el mensaje tal como es expresado por el doctor en una versión atenuada más propia de la doctora.

Actividad 2 (véase anexo 7). (10 minutos) Esta actividad tratará sobre elementos lingüísticos que expresan duda o probabilidad y constituyen otra táctica más de atenuación. Tras ofrecerles a los alumnos varios ejemplos, el profesor les pedirá que rebajen el grado de certeza de las afirmaciones que un médico les transmite a sus pacientes en su consulta. Aunque no entrará en ningún caso en aspectos técnicos, el profesor tratará de comunicar a sus alumnos la importancia de estos mecanismos del español para proteger la imagen del médico en determinados contextos.

Actividad 3 (véase anexo 8). (10 minutos) El profesor entregará una copia de un texto a los alumnos y les dejará unos minutos para que puedan leerlo atentamente por su cuenta. Una vez concluida la lectura, se asegurará de resolver las posibles dudas que les surjan, especialmente sobre vocabulario y otros contenidos lingüísticos, antes de proponer un debate guiado por el propio profesor sobre algunos comunicativos especialmente relevantes para la interacción médico-paciente. La función del profesor consistirá en atraer la atención de los alumnos sobre la utilidad de ciertas estrategias lingüísticas, especialmente la atenuación, para que les pueda servir en sus futuras interacciones con pacientes hispanohablantes. Esta actividad pretende también darles la oportunidad a los alumnos de practicar su comprensión escrita, su expresión oral y aportarles en enfoque reflexivo sobre el uso del español en un contexto verosímil en la labor cotidiana de un médico.

Actividad 4 (véase anexo 9). (20 minutos) Los alumnos culminarán esta segunda secuencia con un role-play en el que simularán una situación cotidiana en la vida profesional de un médico. Esta vez, para aportar originalidad y frescura, cada pareja creará un caso y será la pareja de al lado la encargada de representarlo. Los autores de la escena imaginaria tendrán que valorar la representación de sus compañeros. El profesor ayudará a las parejas que lo necesiten.

Actividad 5 (Véase anexo 10). (5 minutos). Los alumnos comprobarán sus progresos mediante una autoevaluación. Tendrán que decidir su grado de acuerdo ante unas afirmaciones relacionadas con los objeticos principales de la secuencia.

SECUENCIA 3: YA TENEMOS LOS RESULTADOS DEL LABORATORIO…

Nivel: B2

Destinatarios: Profesionales de la medicina

Contenidos:

- Procedimientos lingüísticos: concesividad para atenuar disconformidad o desacuerdo.
- Reformulaciones de frases para suavizar el mensaje transmitido al interlocutor.
- Ejemplos de atenuación en un contexto interactivo frecuente en la profesión médica.

Objetivos:

- Expresar disconformidad ante opiniones o circunstancias evitando posibles conflictos que dificulten la interacción.
- Reflexionar sobre detalles estructurales de textos escritos en español.
- Valorar y ser conscientes de los progresos realizados de forma autónoma y reflexiva.

Destrezas: Expresión oral, comprensión oral, comprensión escrita, expresión escrita.

Duración: Aproximadamente 45 minutos

La tercera situación comunicativa sobre la que trabajaremos, que servirá como cierre a este bloque que incluye distintos tipos de interacción médico-paciente, será una transmisión de malas noticias a un paciente.

Imagen 3: Doctora le transmite malas noticias a su paciente.

Fuente**:** **http://www.diariomedico.com/medico-joven/trabajar/noticias/como-dar-malas-noticias-medicina-parte-ii**

Desarrollo de la secuencia:

Actividad 1 (véase anexo 11). (20 minutos) Esta actividad trata sobre la táctica de minimización de la disconformidad ante algo dicho por un interlocutor como forma de atenuación. El profesor (como siempre sin entrar cuestiones académicas, sino limitándose a mostrar la utilidad del uso de la táctica tratada) mostrará varios ejemplos lingüísticos mediante los cuales se puede mostrar disconformidad sin amenazar la imagen del interlocutor. La actividad constará de dos apartados. En el primero de ellos, el doctor tendrá que mostrar su disconformidad o desacuerdo ante alguna afirmación realizada por su paciente partiendo de la información proporcionada entre paréntesis y empleando alguno de los procedimientos referidos en clase. En el segundo, los alumnos podrán dar una respuesta inventada por ellos. Los dos apartados se realizarán por escrito. Los alumnos podrán trabajar en parejas.

Actividad 2 (véase anexo 12). (20 minutos) El profesor repartirá un texto en el que una doctora le informa a su paciente de que las pruebas realizadas a su médula ósea y a su sangre confirman que padece leucemia linfocítica crónica. Los párrafos del texto estarán desordenados y los alumnos, después de una lectura atenta, tendrán que ordenarlos. Para que la actividad les resulte más fácil, trabajarán en parejas para consensuar el orden en el que deberían ir colocados los párrafos.

Actividad 3 (véase anexo 13). (5 minutos) Esta actividad servirá para que los alumnos evalúen individualmente sus progresos. Los alumnos tendrán que valorar su competencia comunicativa valorando del 1 al 5 la veracidad de una serie de aseveraciones relacionadas con los objetivos de este bloque.

BLOQUE 2

INTERACCIONES MÉDICO-FAMILIAR DEL PACIENTE

SECUENCIA 1: TENEMOS QUE SER CAUTOS…

Nivel: B2

Destinatarios: Profesionales de la medicina

Contenidos:

- Procedimientos lingüísticos: impersonalizaciones como táctica de atenuación.
- Uso de la atenuación en un contexto interactivo frecuente en la profesión médica.

Objetivos:

- Reflexionar sobre la utilidad de la atenuación en contextos médicos.
- Identificar y ser capaces de usar en los contextos adecuados ciertas tácticas lingüísticas de atenuación.

-Concienciar sobre la importancia del modo en que se comunican las informaciones a los familiares de los pacientes.

Destrezas: Expresión oral, comprensión oral, comprensión escrita, expresión escrita.

Duración: Aproximadamente 35 minutos.

La primera situación comunicativa sobre la que trabajaremos en este nuevo bloque que tratará tres ejemplos de interacción médico-familiares del paciente será una explicación sobre el estado del paciente.

Imagen 4: Esposa visita a su marido enfermo en hospital.

Fuente: http://footage.framepool.com/de/shot/233859051-schwaeche-krankenbett-liebespaar-kuessen

Desarrollo de la secuencia:

Actividad 1 (véase anexo 14). (15 minutos) En esta actividad los alumnos deberán aplicar algunas de las tácticas lingüísticas que el profesor les explicará para distanciarse de su mensaje. El profesor proporcionará varios ejemplos de frases que un médico le transmite a un familiar que espera noticias del estado de un paciente. La tarea de los alumnos será encontrar formas de transmitir exactamente la misma información de un modo más impersonal, aplicando los procedimientos lingüísticos que el profesor les ha

señalado. Los alumnos deberán responder por escrito y podrán trabajar en parejas para contrastar opiniones.

Actividad 2 (véase anexo 15). (20 minutos) Los alumnos participarán en una escena que sus compañeros representarán en un role-play. En este caso, la situación propuesta por el profesor es la siguiente: un joven médico necesita consejo para comunicarse con los familiares de sus pacientes, porque en su corta experiencia profesional ha tenido muchos problemas en este contexto. Un colega veterano le aconsejará a través de una simulación en la que uno de ellos representará al médico y el otro a un familiar que espera noticias del estado de un paciente.

Actividad 3 (véase anexo 16) (5 minutos). Los alumnos evaluarán del 1 al 5 su progreso expresando su grado de acuerdo ante unas afirmaciones relacionadas con los objetivos principales de la secuencia.

SECUENCIA 2: COMO TODO IBA TAN BIEN…

Nivel: B2

Destinatarios: Profesionales de la medicina

Contenidos:

- Procedimientos lingüísticos: construcciones justificadoras o de excusa como táctica de atenuación.
- Uso de la atenuación en un contexto interactivo frecuente en la profesión médica.

Objetivos:

- Reflexionar sobre la utilidad de la atenuación en contextos médicos.
- Identificar y ser capaces de usar en los contextos adecuados ciertas tácticas lingüísticas de atenuación.
-Concienciar sobre la importancia del modo en que se comunican las informaciones a los familiares de los pacientes.

Destrezas: Expresión oral, comprensión oral, comprensión escrita, expresión escrita.
Duración: Aproximadamente 35 minutos.

La segunda situación comunicativa tiene como eje temático la rectificación del médico ante los familiares de un paciente por haberse equivocado en sus acciones o palabras.

Imagen 5: Doctora explica los resultados de unas pruebas
Fuente: http://news.wfsu.org/post/floridians-affected-rare-conditions-want-healthcare-improvements

Desarrollo de la secuencia:

Actividad 1 (véase anexo 17). (15 minutos) En esta actividad el profesor presenta varios recursos lingüísticos útiles para contextos que requieran difuminar la precisión del significado de palabras. Tras mostrarles varios ejemplos, les pedirá a los alumnos que empleen los conocimientos adquiridos para escribir algunos ejemplos de situaciones en la que dicho recurso sería útil en la interacción con los familiares de un paciente.

Actividad 2 (véase anexo 18). (20 minutos) Esta actividad consistirá en un role-play. Esta vez el profesor propondrá el tema. Cada pareja tendrá que simular un diálogo en el que un médico, que se percata de que está siendo grosero con los familiares de un paciente debe matizar el significado de sus palabras. Cada pareja interpretará el diálogo inventado por la pareja que tenga al lado, y evaluará las simulaciones de sus compañeros.

Actividad 3 (véase anexo 19). (5 minutos). Los alumnos se autoevaluarán, escogiendo su grado de acuerdo ante unas afirmaciones relacionadas con los objetivos principales de la secuencia.

SECUENCIA 3: YO EN SU LUGAR HARÍA…

Nivel: B2

Destinatarios: Profesionales de la medicina

Contenidos:

- Procedimientos lingüísticos: construcciones acotadoras de la opinión a la propia persona o a un determinado ámbito.
- Formulación de frases que permite matizar el alcance del mensaje.

Objetivos:

- Identificar y utilizar ciertos mecanismos lingüísticos que permiten matizaciones en un contexto adecuado.
- Concienciar sobre el valor comunicativo de ciertos mecanismos que sirven para matizar en la transmisión de consejos a familiares de pacientes.
- Valorar y ser conscientes de los progresos realizados de forma autónoma y reflexiva.

Destrezas: Expresión oral, comprensión oral, comprensión escrita, expresión escrita.

Duración: Aproximadamente 35 minutos

La tercera situación comunicativa sobre la que trabajaremos, que servirá como cierre a este bloque que incluye distintos tipos de interacción médico-paciente, tratará la sobre el consejo médico.

Imagen 6: Mujer habla con un doctor

Fuente: http://www.20minutos.es/noticia/692649/0/pacientes/bajas/medicos/

Actividad 1 (véase anexo 20). (10 minutos) Esta actividad presenta ejemplos lingüísticos del español mediante los cuales el hablante, con el propósito de proteger su imagen, puede acotar la opinión que expresa, ya sea a un ámbito personal o a un plano profesional restringido. El profesor les proporcionará a los alumnos varios ejemplos que les permitan utilizar los recursos considerados en casos hipotéticos propios del ámbito profesional de la medicina.

Actividad 2 (véase anexo 21). (20 minutos) En esta actividad el profesor propondrá la creación de una escena en la que aparezca al menos un elemento de cada táctica de atenuación considerada en clase. El profesor escribirá en la pizarra un ejemplo de cada tipo y animará a los alumnos a que entre todos compongan los elementos necesarios para crear una situación comunicativa que simule una interacción entre el médico y los familiares del paciente. El profesor escogerá entre los detalles que los alumnos vayan proponiendo, y le pedirá a una pareja voluntaria que utilice la información para hacer un role-play.

Actividad 3 (véase anexo 22) (5 minutos) Los alumnos harán una pequeña autoevaluación, mostrando su grado de acuerdo del 1 al 5 con algunas afirmaciones relacionadas con los objetivos principales de la secuencia.

IV. CONCLUSIONES

Tras haber concluido este Trabajo Fin de Máster, podemos decir que hemos completado los objetivos que nos marcamos en un principio, porque hemos conseguido demostrar la pertinencia de introducir la enseñanza de la atenuación en el aula del Español de la Salud, y también hemos aplicado la teoría para crear secuencias didácticas que permitan a los profesionales de la salud desarrollar su competencia pragmática con el propósito de mejorar sus interacciones en el ámbito laboral.

La comunicación siempre tiene lugar en un contexto y los hablantes tienen en cuenta los roles sociales que desempeñan los participantes en la interacción. Las particularidades socioculturales son de vital importancia para entender la naturaleza de las interacciones que tienen lugar en cada sociedad, por lo que la visión etnocentrista de Brown y Levinson ha sido desacreditada por numerosos lingüistas que demuestran la importancia del tejido social de cada cultura para entender las situaciones comunicativas concretas. No solo el rol social es relevante para entender una interacción verbal, sino también la cultura en que se circunscribe. Es importante, por lo tanto, que los profesionales de la medicina que ejercen en una sociedad hispana sean conscientes de sus particularidades culturales, pues solo así podrán interactuar con hispanohablantes de un modo adecuado.

Nuestra investigación se ha visto limitada por no poder contar con un corpus que nos hubiera permitido trabajar con muestras de lengua real. El trabajo con un corpus del Español de la Salud ofrece una prometedora línea de investigación para un futuro próximo. No obstante, la mayor limitación de nuestro trabajo consiste en el hecho de que nuestra propuesta no ha podido ser pilotada para detectar posibles problemas y solventarlos.

Antes de poner el punto final a nuestro trabajo, nos permitimos una última reflexión. El contexto de las interacciones entre médicos y pacientes o familiares de pacientes puede ser delicado, de modo que el conocimiento de ciertos procedimientos lingüísticos de atenuación se antoja necesario para que los médicos consigan llevar a cabo intercambios comunicativos satisfactorios, e incluso eviten (en el peor de los casos posibles) añadir dolor o ansiedad a personas que sufren. El hecho de que el conocimiento de la estrategia de atenuación pueda reducir ese riesgo ya hace

aconsejable su enseñanza. Poner el foco en esta decisiva cuestión es quizá el humilde mérito de este Trabajo de Fin de Máster.

V. BIBLIOGRAFÍA

AGUIRRE BELTRÁN, B. (2004a). "Análisis de necesidades y diseño curricular", en Sánchez Lobato, J. y Santos Gargallo, I.: *Vademécum para la formación de profesores. Enseñar español como segunda lengua (L2)/Lengua extranjera (LE).* Madrid: SGEL, pp. 643-664.

AGUIRRE BELTRÁN, B. (2004b). "La enseñanza del español con fines profesionales", en Sánchez Lobato, J. y Santos Gargallo, I.: *Vademécum para la formación de profesores*. *Enseñar español como segunda lengua (L2)/Lengua extranjera (LE)*. Madrid: SGEL, pp. 1109-1128.

AGUIRRE BELTRÁN, B. (2012). *Aprendizaje y enseñanza de español con fines específicos. Comunicación en ámbitos académicos y profesionales*. Madrid: SGEL.

ALBELDA, M. (2016). "Sobre la incidencia de la imagen en la atenuación pragmática". EnMihatsch, W. y M. Albelda (eds.), *Revista Internacional de Lingüística* (RILI), 27.

ALBELDA, M. y BARROS, M.J. (2013). *La cortesía en la comunicación*. Madrid: Arco libros.

ALBELDA, M., A. Briz, A. M. Cestero, D. Kotwica y C. Villalba (2014): "Ficha metodológica para el análisis pragmático de la atenuación en corpus discursivos del español. ES.POR.ATENUACIÓN".*Oralia*, 17, pp. 1-44.

BRAVO, D. (1999). "¿Imagen 'positiva' vs. imagen 'negativa'? Pragmática socio-cultural y componentes de *face*". *Oralia* 2, pp. 155-184.

BRAVO, D. (2002). "Actividades de cortesía, imagen social y contextos socioculturales: una introducción" en BRAVO, D. (ed.). *Actas del Primer Coloquio EDICE. La perspectiva no etnocentrista de la cortesía: Identidad sociocultural de las comunidades hispanohablantes.* University of Stockholm.pp. 96-108.

BRAVO, D. (2004): “Tensión entre universalidad y relatividad en las teorías de la cortesía”, en Bravo, D. y A. Briz, A. (eds.). *Pragmática sociocultural. Estudios sobre el discurso de cortesía en español*. Barcelona: Ariel Lingüística, pp. 15-37.

BRAVO, D. (2010). “Pragmática sociocultural. La configuración de la imagen social como premisa socio-cultural para la interpretación de actividades verbales y no verbales de la imagen”. En Orletti, F. L. Mariottini (eds). *(Des)cortesía en español. Espacios teóricos y metodológicos para su estudio.* Estocolmo-Roma: Università degli Studi Roma Tre- EDICE, pp. 19–46.

BRIZ, A. (2006). “Atenuación y cortesía verbal en la conversación coloquial: su tratamiento en la clase de ELE”. Actas del programa de formación para profesorado de ELE. Instituto Cervantes, pp. 227-255. Disponible en http://cvc.cervantes.es/ensenanza/biblioteca_ele/publicaciones_centros/PDF/munich_2005-2006/02_briz.pdf

CABRÉ CASTELLVI, M.T. y GÓMEZ DE ENTERRÍA, J. (2006). *La enseñanza de los lenguajes de especialidad. La simulación global.* Madrid: Gredos.

CERVANTES SAAVEDRA, M. (2004). *Don Quijote de la Mancha.* Madrid: Real Academia Española. Edición del IV Centenario.

CONSEJO DE EUROPA (2002). *Marco común europeo de referencia para las lenguas: aprendizaje, enseñanza y evaluación.* Madrid: Anaya. Recuperado de: https://cvc.cervantes.es/ensenanza/biblioteca_ele/marco/

CORDISCO, A. (2005). “Subjetividad y conformación de interacciones descorteses”. En Murillo Medrano, J (ed), *Actos de habla y cortesía en distintas variedades de español: perspectivas teóricas y metodológicas*. Actas del II Coloquio Internacional del Programa Edice. San José: Universidad de Costa Rica, pp. 181-207.

DE ANDRÉS GONZÁLEZ, P. y LANZAROTE ROJO, J. (2009). “Curarse en salud, enfoque para la enseñanza del Español médico”. En Vera Luján, A. y Martínez Martínez, I. *El español en contextos específicos: enseñanza e investigación*.

Asociación para la Enseñanza del Español como Lengua Extranjera (Volumen II). Congreso Internacional. Comillas.

ESCANDELL VIDAL, M.V. (1996). *Introducción a la pragmática*. Barcelona: Editorial Ariel.

GANCEDO, M. (2017). *La atenuación pragmática como estrategia de acercamiento al paciente en el español de la salud: propuesta didáctica*.

GOFFMAN, E. (1959). *The Presentation of Self in Everyday Life.* New York: Anchor books.

GOFFMAN, E. (1967). *Interaction Ritual: Essays in Face to Face Behavior.* New Brunswick and London: Aldine Transaction.

GÓMEZ DE ENTERRÍA (2009). *El español lengua de especialidad: enseñanza y aprendizaje.* Madrid: Arco Libros.

HERNÁNDEZ-FLORES, N. (2004). "La cortesía como búsqueda del equilibrio de la imagen social". En Bravo, D. y Briz, A. (eds.). *Pragmática sociocultural. Estudios sobre el discurso de cortesía en español*. Barcelona: Ariel Lingüística, pp. 95-108.

INSTITUTO CERVANTES. *Plan curricular del Instituto Cervantes*. Centro Virtual Cervantes. 5 de noviembre de 2016. Disponible en: http://cvc.cervantes.es/ensenanza/biblioteca_ele/plan_curricular/indice.htm

KERBRAT-ORECCHIONI, C. (2004). "¿Es universal la cortesía?" En Bravo, D. y Briz, A. (eds.). *Pragmática sociocultural. Estudios sobre el discurso de cortesía en español*. Barcelona: Ariel Lingüística, pp. 39-53.

JAKOBSEN, M. y KRISTIANSEN, S. (2014). *The Social Thought of Erving Goffman.* New York: SAGE Publications.

LAÍN ENTRALGO, P. (1990). *Hacia la recta final: Revisión de una vida intelectual.* Madrid: Círculo de lectores.

MAPELLI, G. (2010). "Políticos cara a cara: actividades de imagen en el debate electoral". En Orletti, F. y Mariottini, L. (eds.). *(Des)cortesía en español. Espacios teóricos y metodológicos para su estudio*. Roma: EDICE, pp. 558-573.

NAVARRO, F. (2017). *Medicina en español, I: Laboratorio del lenguaje*. Madrid: Unión Editorial S.A.

NAVARRO, F. (2017). *Medicina en español, II: Laboratorio del lenguaje*. Madrid: Unión Editorial S.A.

NULAND, S. (1995). *Doctors: The Biography of Medicine.* New York: Vintage Books.

PINKER, S. (2008) *The Stuff of Thought: Language as a Window into Human Nature*. London: Penguin Books.

REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA (2004). *Diccionario de términos médicos*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

SÁNCHEZ PÉREZ, A. (2006). *Historia de la enseñanza del español como lengua extranjera*. Sevilla: SGEL S.A.

SANZ RIOYO, A. (2001). "La enseñanza de las lenguas especiales a estudiantes extranjeros: el español de la medicina" en Gómez de Enterría, J. (coord.) (2001): *La enseñanza / aprendizaje de español con fines específicos.* Madrid: Edinumen

WEBGRAFÍA

http://www.infosalus.com/asistencia/noticia-cis-medicos-profesionales-mejor-valorados-espanoles-20130306142933.html

http://cvc.cervantes.es/ensenanza/biblioteca_ele/diccio_ele/diccionario/ensenanzafinesespec.htm. Consultado el 10 de agosto de 2017

http://esvaratenuacion.es/

http://www.cervantes.es/imagenes/File/prensa/EspanolLenguaViva16.pdf. Consultado el 13 de septiembre de 2007.

https://www.nytimes.com/es/2017/08/23/el-espanol-florece-en-estados-unidos-a-pesar-de-todo/?mcubz=0

VI. ANEXOS

ANEXO 1. FICHA DEL ALUMNO DE LA SECUENCIA 1 (BLOQUE 1)

Dos pacientes se presentan el mismo día en la consulta de un médico. Estas son las circunstancias de cada uno de ellos.

Opción A: Juan, de 77 años, ha sufrido un desvanecimiento mientras daba un paseo matinal con su esposa y se presenta en la consulta del doctor.
Opción B: Raúl, de 19 años, ha sufrido un accidente de moto cuando volvía del trabajo y está en urgencias.

¿Cuáles de las siguientes frases podrían ir dirigidas a cada paciente?

- Bueno, pues tienes algunos rasguños del golpe, pero no parece nada grave.
- Déjeme ver. En principio no es nada. Las heridas no son profundas. Ha tenido suerte. Podría haber sido mucho peor.
- Siéntate un segundo en la camilla. Mira mi mano. ¿Cuántos dedos ves? ¿Dos? ¿Estás seguro? Vale.
- La radiografía descarta que tengas lesiones graves. No serán necesarias más pruebas, pero será mejor que alguien te lleve a casa. No te recomiendo que conduzcas ahora, aunque te encuentres bien. El golpe ha sido muy fuerte y puedes sentirte mareado incluso varias horas después del impacto.
- Ya le he advertido otras veces de que no es bueno automedicarse. Si se mezclan los medicamentos o no se toman bien, a veces producen mareos.
- Dices que te mareaste justo antes del impacto. ¿Te había pasado esto antes? Entonces tenías que habértelo tomado más en serio. Vamos a hacerte algunas pruebas para ver si podemos descartar algún problema neurológico.
- Está bien que hagamos un poco de ejercicio de vez en cuando, pero también tenemos que ser un poco más estrictos con la dieta. Tiene que cuidarse un poco más, porque el malestar frecuente del que me habla también tiene que ver con hábitos poco saludables.

Ahora que hemos comentado qué frase corresponde con cada paciente, podemos fijarnos en algunas diferencias en el trato:

- El médico trata de usted al paciente de la opción A porque se trata de un anciano de 77 años. Aunque el trato de usted es mucho menos frecuente en España que en Latinoamérica, normalmente las personas mayores se sienten más cómodas siendo tratadas de usted, así que es recomendable usar esta forma de tratamiento (excepto cuando al paciente no le guste) en estos casos.
- Muchos pacientes mayores también pueden sentirse cómodos si usamos don o doña antes de su nombre de pila, porque expresa respeto.
- El médico se muestra más protector con el paciente anciano que con el joven. Por ejemplo utiliza el plural en un ejemplo para que el paciente sienta la implicación del médico.
- Una persona joven prefiere verse tratada como un igual. Por eso, todos los casos en los que el médico se dirige a la opción B, el paciente joven que ha sufrido un accidente, lo trata de tú.
- El médico también utiliza un lenguaje más directo con el paciente joven, con quien se muestra menos delicado.

Con lo que hemos aprendido en esta actividad, podemos pensar en más ejemplos de frases que el doctor podría dedicarle a estos dos pacientes. ¿Se os ocurre alguno?

ANEXO 2. FICHA DEL ALUMNO DE LA SECUENCIA 1 (BLOQUE 1)

2.1 El doctor Gregorio Casas es un gran médico. Sin embargo, su forma de comunicarse con sus pacientes deja mucho que desear. Los siguientes ejemplos muestran algunas de las cosas que les ha dicho en su consulta. Trabajando en parejas, y con la ayuda de algunas palabra clave, tenemos que suavizar por escrito los mensajes que el doctor Casas ha transmitido a sus pacientes de un modo demasiado directo. Después de cada ejemplo podemos comentar más formas que se nos ocurran partiendo de las tácticas estudiadas.

Imagen 7: Médico posa con su bata y estetoscopio

Fuente:
https://www.123rf.com/photo_12273456_stock-photo.html

Paciente 1

Elisa es muy aficionada a los dulces. Pesa 100 kilos. Esto le está causando algunos problemas de salud.

Doctor Casas: El problema es que estás muy gorda de tanto comer dulces.

Nosotros tenemos que suavizar este mensaje. Podemos usar estas palabras y expresiones (hay varias opciones posibles): **sobrepeso, obesa, gordita, un poco, un poquitín, un**

pelín, control, controlar, un poco menos, cuidado, delgada, unos cuantos kilos de más, más de lo recomendable, no pasarse mucho, dieta, más fruta y verdura.

Paciente 2

Miguel ama el deporte. A pesar de tener ya 64 años decidió correr una maratón sin estar preparado. Sufrió un desmayo cuando apenas había recorrido un tercio de la distancia.
Doctor Casas: ¿Pero a quién se le ocurre ponerse a correr 40 kilómetros a tu edad? ¿No ves que ya estás viejo para estas cosas?

Nosotros le diremos lo mismo a Miguel de una forma más suave. Palabras útiles: **joven, tan, tanto, moderación, demasiado, bastante, imprudencia, distancias, carrera, corta, larga, cuidado, bien pero, bueno, deporte, sin excesos, no, sin, poco a poco, preparación, despacio, andar, en vez de, paseo, tranquilo.**

Paciente 3

Andrés es un niño de 10 años que le tiene miedo a las agujas. Antes de que el doctor Casas le ponga una inyección, Andrés le pregunta si le va a doler mucho.
Doctor Casas: Sí, claro que te va a doler. Pero te tengo que pinchar, así que no te quejes, que ya eres mayor.

Nosotros trataremos de tranquilizar al niño con un mensaje que podemos construir con estas palabras: **no mucho, un poquito, un poquitín, un poco, algo, solo, solamente, no es para tanto, pinchacito de nada, como un pellizco, un segundo, nada más, poca cosa.**

Paciente 4

María no ha seguido las instrucciones del doctor Casas. No ha seguido la dieta recomendada por él ni ha tomado las pastillas que le recetó siempre que debía. Ahora vuelve a encontrarse mal.
Doctor Casas: No sé de qué te sorprendes. Si no me haces caso y haces lo que quieres lo más normal es que te pongas enferma.

Para que María entienda que es importante seguir el consejo médico de una forma más suavizada, podemos usar algunas de estas palabras: **un poco más, muy importante,**

cuidado, no descuidar, prestar atención, debes, no debemos, recordar, olvidar, salud, bueno, malo, doctor, hacer caso, por tu bien.

2.2 Ahora que hemos trabajado con varios ejemplos, ya estamos preparados para identificar estas formas con las que suavizamos los mensajes que transmitimos a nuestros pacientes. Aquí tenemos algunos ejemplos, que deberemos relacionar con la forma más directa de expresar la misma idea.

FORMA DIRECTA

Dolor	Su terapia solo paliativa
Tumor	Molestia
Drogadicto	Ser grave
Enfermedad incurable	Detectar algo
Encontrar un problema serio	Anomalía celular
No tener muy buen pronóstico	Drogodependiente
Vejez	Fuerte
Gordo	Invidente
Ciego	Tercera edad

ANEXO 3. FICHA DEL ALUMNO DE LA SECUENCIA 1 (BLOQUE 1)

CONTEXTO SITUACIONAL

El paciente don Luis (75 años), después de completar el proceso de la anamnesis, debe someterse a una exploración clínica para descartar que sus síntomas, que apuntan a un fuerte resfriado, se deban a una enfermedad más grave.

Imagen 8: Doctor sostiene un estetoscopio.

Fuente: **https://g4svenezuela.wordpress.com/2014/07/08/que-esta-mas-contaminado-el-estetoscopio-o-las-manos-del-doctor/**

Bueno, don Luis, con la información que tenemos y los síntomas que me dice, en principio no tiene usted nada de que preocuparse. Pero será mejor que hagamos unas pruebas para asegurarnos, y así nos quedamos más tranquilos. Quítese la camisa, por favor. Puede sentarse en la camilla, así estará más cómodo y podré examinarle. Coja aire, don Luis. Más fuerte, por favor. Así, muy bien. Ahora suéltelo, pero poco a poco, no de una sola vez. Así. Vale, de momento todo bien. Ahora voy a palparle la espalda. ¿Podría ponerse un poco más recto? Así. No se mueva, por favor. Será solo un segundo. Ya está… Todo bien. Crúceme ahora los brazos sobre el pecho, don Luis. Bien, bien. Ya enseguida acabamos. La frecuencia respiratoria es normal. Ya puede vestirse, hemos acabado el examen. Creo que no serán necesarias más pruebas de momento. Parece que el dolor en el pecho, la tos, el malestar general y los mareos se deben solo a un resfriado

fuerte, don Luis. Son síntomas muy habituales en esta época del año. Tómese un gramo de paracetamol cada seis horas durante los próximos días. En unos pocos días debería encontrarse ya mejor, pero si vuelve a sentir molestias vuelva por aquí y veremos qué podemos hacer.

Ahora que hemos leído y comprendido el texto, podemos centrarnos en las cuestiones lingüísticas más interesantes relacionadas con el modo en que el médico transmite sus órdenes e instrucciones a su paciente. Prestaremos especial atención a los ejemplos de atenuación que aparecen en el texto y reflexionaremos sobre su utilidad a la hora de facilitar la interacción médico-paciente en el contexto de una exploración clínica.
Estas son algunas cuestiones sobre las que podemos debatir:

1- En el texto hay numerosos ejemplos de atenuación. ¿De qué manera contribuyen a la estrategia de atenuar el mensaje? ¿Qué aspectos positivos aportan a la interacción médico-paciente en este contexto?
2- La anamnesis y la propia experiencia del médico le hacen suponer que la exploración clínica confirmará su opinión de que el diagnóstico de don Luis será un resfriado fuerte. Sin embargo, se muestra precavido a la hora de transmitirle su mensaje para protegerse de un posible error de juicio. ¿Cómo utiliza el lenguaje para conseguir ese efecto?
3- Al leer el texto, ¿cuál es el tono que imagináis que elige el médico para dirigirse a don Luis? ¿Qué importancia tiene el lenguaje no verbal en este tipo de interacción?

ANEXO 4. FICHA DEL ALUMNO DE LA SECUENCIA 1 (BLOQUE 1)

Para concluir esta secuencia, representaremos una breve escena de role-play que nosotros mismos escribiremos. Tenemos que partir de la situación que encontremos en el sobre que nos toque. Hay dos opciones con dos historias diferentes. Deberemos prestar especial atención a la atenuación para facilitar la interacción médico-paciente. Podemos cualquiera de las dos partes del reconocimiento médico (anamnesis y exploración clínica) consideradas en clase. Después valoraremos la actuación de nuestros compañeros.

Imagen 9: Un sobre cerrado

Fuente: http://www.pnvgasteiz.eus/documentos/carta-gorka-urtaran-alcalde-sobre_12623.html

Opción A: Juan, de 57 años, ha sufrido una quemadura en el brazo mientras cocinaba.

Opción B: Emma, de 24 años, se ha torcido el tobillo bajando las escaleras de su casa.

Imagen 10: lupa

Fuente: https://mx.depositphotos.com/26926987/stock-illustration-black-sketch-drawing- of-magnifying.html

ANEXO 5. FICHA DEL ALUMNO DE LA SECUENCIA 1 (BLOQUE 1)

- Soy capaz de adaptar cómo formulo mis instrucciones durante una exploración clínica a cada tipo de paciente.
- Puedo usar la lengua para suavizar mensajes poco agradables para los pacientes.
- Soy capaz de identificar y hacer uso de varias tácticas del español que resultan útiles en la interacción con los pacientes.

ANEXO 6. FICHA DEL ALUMNO DE LA SECUENCIA 2 (BLOQUE 1)

Imagen 11: Doctora afable

Fuente: https://mx.depositphotos.com/72456223/stock-illustration-cartoon-doctor-is-explaining.html

Imagen 12: Médico poco amable

Fuente:https://mx.depositphotos.com/vector-images/un-rey-de-dibujos-animados-con-una-expresi%C3%B3n-enojada.html

Antes de practicar este uso vamos a ver cómo se forma esta estructura.

Para dar una orden directa, solo tenemos que usar el imperativo, como sabéis: «Ven», «Cierra la puerta», «Dime tu nombre» (para el trato de usted «Venga», «Cierre la puerta», «Dígame su nombre»). Para dar una orden indirecta, veremos dos estructuras muy comunes. Esta es la forma más común:

FORMA DIRECTA	**FORMA INDIRECTA**
Ven (tú)	¿Podrías venir?
Venga (usted)	¿Podría venir?
Cierra la puerta (tú)	¿Podrías cerrar la puerta?
Cierre la puerta (usted)	¿Podría cerrar la puerta?
Dime tu nombre (tú)	¿Podrías decirme tu nombre?
Dígame su nombre (usted)	¿Podría decirme su nombre?

Como vemos, la estructura es muy sencilla.

Podrías + Infinitivo (para el tratamiento de tú)

Podría + Infinitivo (para el tratamiento de usted)

Esta es otra forma posible:

FORMA DIRECTA	**FORMA INDIRECTA**
Ven (tú)	¿Serías tan amable de venir?
Venga (usted)	¿Sería tan amable de venir?
Cierra la puerta (tú)	¿Serías tan amable de cerrar la puerta?
Cierre la puerta (usted)	¿Sería tan amable de cerrar la puerta?
Dime tu nombre (tú)	¿Serías tan amable de decirme tu nombre?
Dígame su nombre (usted)	¿Sería tan amable de decirme su nombre?

En este caso, como vemos, la estructura es:

Serías tan amable de + Infinitivo (tú)

Sería tan amable de + Infinitivo (usted)

Para peticiones de información, se sustituye la pregunta directa por las estructuras que hemos visto:

PREGUNTA DIRECTA	**PREGUNTA INDIRECTA**
¿Qué hora es?	¿Podrías decirme qué hora es? (tú)
	¿Podría decirme qué hora es? (usted)
	¿Podría decirme la hora?

Ahora que ya conocemos tanto la forma como el uso de estas dos estructuras, ya podemos suavizar las órdenes y peticiones que el doctor les transmite a sus pacientes, utilizando la forma indirecta como lo haría la doctora. A continuación veremos dos ejemplos: el primero es una orden y el segundo una petición de información por parte del médico.

EJEMPLOS:

Doctor: Túmbate en la camilla.

Doctora: ¿Podrías tumbarte en la camilla?

Doctor: Póngase más recto.

Doctora: ¿Sería tan amable de ponerse más recto?

Ahora vamos a transmitir el mismo mensaje que el doctor suavizado por la doctora en los siguientes ejemplos. Cuando hayamos acabado de escribirlos podemos comentarlos en parejas y después los veremos entre todos.

Doctor: Ahora quítese la camisa.
Doctora:

Doctor: ¿Cuánto hace que te duele?
Doctora:

Doctor: Siéntate en esa silla.
Doctora:

Doctor: Cruza las manos sobre las rodillas.
Doctora:
Doctor: ¿Eres alérgico a algún medicamento?
Doctora:

Doctor: Vístase
Doctora:

Ahora vamos a hacerlo al revés. Debemos convertir las órdenes y peticiones suavizadas de la doctora en órdenes directas.

Doctora: ¿Podría estirar la pierna?
Doctor:

Doctora: ¿Serías tan amable de cerrar la puerta?
Doctor:

Doctora: ¿Podría mover un poco el hombro hacia la derecha?
Doctor:

ANEXO 7. FICHA DEL ALUMNO DE LA SECUENCIA 2 (BLOQUE 1)

Como sabemos, no siempre podemos ofrecerles a los pacientes respuestas seguras. En nuestra interacción con los pacientes, es importante para nosotros transmitir un margen de error en nuestros mensajes para evitar malentendidos o decepciones. Existen muchas formas de expresar dudas o grados de probabilidad en español. Estas son algunas formas de expresar duda o probabilidad: **dudo que, quizás, tal vez, probablemente, posiblemente, es posible que, no creo que…** En todos estos casos, el verbo que va detrás de las expresiones debe ir en **subjuntivo**, que como sabemos indica precisamente duda, probabilidad y también deseo. Veamos algunos ejemplos:

Certeza: Mañana operaremos al paciente.
Duda o probabilidad: Mañana no creo que **operemos** al paciente, Mañana tal vez **llueva**, Mañana posiblemente **operemos** al paciente, etc.

Hay otras formas de expresar duda en español. Podemos usar expresiones como **en principio lo más seguro es que, si todo va bien, si no se complican mucho las cosas, lo normal es que…** También nos sirven los adverbios de frecuencia: **normalmente, generalmente** (también **en general**), **casi siempre**, etc. También algunas construcciones verbales como **poder + infinitivo** o **soler + infinitivo** son muy útiles para expresar ausencia de certeza.

Imagen 13: Hombre con dolor de cabeza

Fuente: http://www.botanical-online.com/medicinalsdolordecabeza.htm

El doctor le aseguró a su paciente hace diez días que el medicamento que le recetaba le haría sentirse mucho mejor en menos de una semana. Sin embargo, el paciente sigue igual y está enfadado. Para que esto no vuelva a sucederle, debemos ayudarle a rebajar la certeza de sus afirmaciones. Podemos utilizar los ejemplos tratados en clase u otros que se nos ocurran.

Este medicamento te aliviará el dolor de espalda enseguida.
La operación a la que vas a someterte no tiene ninguna complicación.
El tratamiento es totalmente indoloro.
Tranquilo, el pinchazo no te dolerá nada.
No se preocupe usted, don Julián, que en tres días ya podrá volver a su casa.
En unas horas te damos el alta seguro.
Es imposible que esta lesión te deje secuelas.

ANEXO 8. FICHA DEL ALUMNO DE LA SECUENCIA 2 (BLOQUE 1)

CONTEXTO SITUACIONAL

El paciente Carlos (23 años), ha sido enviado al traumatólogo por la doctora de su seguro médico con los resultados de las pruebas realizadas a su rodilla, que muestran una rotura de menisco. El traumatólogo confirmará el diagnóstico, le explicará la necesidad de someterse a una intervención quirúrgica por artroscopia de rodilla y le informará sobre los detalles esenciales del procedimiento.

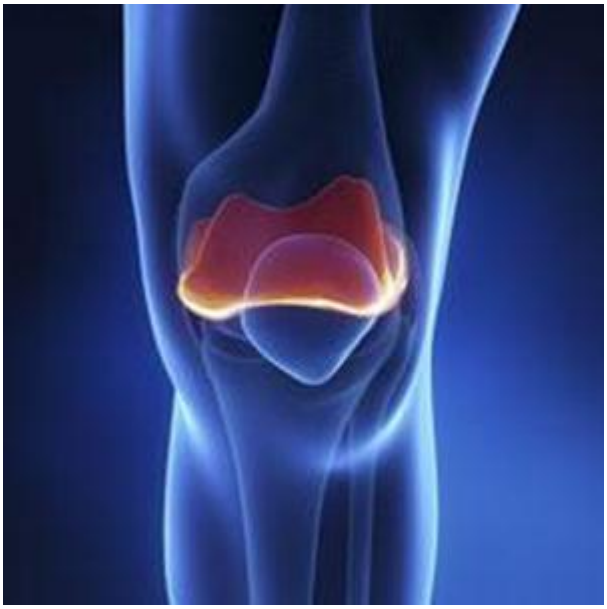

Imagen 14: Operación de menisco por artroscopia.

Fuente: **http://www.operacionmeniscos.es/**

La radiografía no deja lugar a dudas, Carlos. Tienes una rotura de menisco. Hay que operar.

Pero he venido a la consulta andando. Yo me encuentro bien. Solo me molesta un poco. ¿No hay forma de tratar eso sin pasar por el quirófano?

Mira, túmbate un poco en la camilla. No sé cómo de bien te encontrarás, pero ya verás cómo la rodilla no está bien. Estira la pierna derecha, la buena. Sin problema. Prueba ahora a estirar la izquierda. ¿Ves? No puedes. Para caminar puede no molestarte tanto. Pero si no operamos irá a peor. Y tener la rodilla así es peligroso para muchas cosas. Por ejemplo para conducir. Puede fallarte en cualquier momento, como te habrá dicho la doctora que te hizo las pruebas. Entiendo que una operación te asuste un poco al principio, pero no te preocupes. La artroscopia de rodilla es muy sencilla. Y te solucionará el problema completamente.

Bueno, es que nunca me han operado, y como no me duele mucho pensé que habría otra solución.

Es normal, pero no pasa nada, de verdad. No es grave esto. ¿Te explico el procedimiento quirúrgico? Como te digo es sencillito. Aquí lo hacemos a diario y nunca hemos tenido ningún problema, ¿eh? Mira, lo que hacemos es quitar el trozo dañado de menisco para reparar la rodilla, por así decirlo. Lo primero es la anestesia, claro. Para este tipo de intervención usamos la epidural, que te duerme de cintura para abajo. Estarás despierto durante el procedimiento, pero no te dolerá nada.

¿Duele mucho el pinchazo? Es que a mí las agujas me impresionan mucho. Es en la zona lumbar, ¿no?

Sí, sí, suele ser entre dos vértebras lumbares… Bueno, puede molestar un poquitín. Es solo un pinchacito. A veces hace falta dar varios hasta que uno haga efecto, pero no es para tanto, no. Te anestesia al momento, el efecto es muy rápido. Es mejor que la general, que tiene más riesgos y efectos secundarios. Para una intervención tan sencilla como esta es mejor la epidural. Bueno, pues después hacemos tres incisiones en las rodillas, tres pequeños agujeritos. Uno es para introducir una cámara que envía a una pantalla imágenes del interior de tu rodilla. Así controlamos todo el proceso. De hecho puedes verlo tú también, pero no tienes que hacerlo si no quieres, claro. Si te impresiona verlo, no mires y ya está. Los otros dos agujeros son para el material quirúrgico. La pierna estará prensada con una goma, para que podamos trabajar sin complicaciones circulatorias. Cortamos la parte dañada del menisco y la extraemos. La intervención suele durar entre media hora y 45 minutos. Después te llevamos a un box para el postoperatorio. Te tenemos monitorizado una media hora, para comprobar tus pulsaciones y que todo en general va bien. En cuanto recuperes la movilidad y expulses

la anestesia por la orina, te damos el alta. Si todo va bien te podrás ir el mismo día. Si hay alguna pequeña complicación te quedas ingresado una noche. Pero en un caso como el tuyo, que eres joven, lo normal es que salgas andando por tu propio pie el mismo día.

- Vemos en el texto que Carlos quiere evitar ser operado. Incluso le dice al traumatólogo que se encuentra bien. El traumatólogo, sin embargo, ha visto la radiografía de la rodilla y sabe que Carlos no puede encontrarse bien. Pero no le dice algo como «No puedes estar bien, he visto la radiografía», o «Solo dices eso porque tienes miedo», o «Sé que estás fingiendo, pero a mí no puedes engañarme». ¿Qué le dice exactamente antes de demostrarle que su rodilla no está bien? ¿Es más o menos agresivo que estas otras posibilidades?
- Como es lógico, el traumatólogo está muy familiarizado con las intervenciones quirúrgicas, pero se muestra comprensivo ante el temor de Carlos a pasar por el quirófano. ¿En qué parte del texto aparece esto y cómo lo expresa el traumatólogo?
- Carlos también quiere saber si el pinchazo de la anestesia le dolerá mucho. ¿Cómo le quita importancia el médico al pinchazo? ¿Y cómo disimula el hecho de que no es raro que un solo pinchazo no baste para anestesiar al paciente?
- ¿Veis algo extraño en la forma de expresarse del médico? ¿Os parece que se expresa de una forma realista? ¿Creéis que es apropiada?

ANEXO 9. FICHA DEL ALUMNO DE LA SECUENCIA 2 (BLOQUE 1)

Imagen 15: Interacción medico-paciente

Fuente: https://encolombia.com/libreria-digital/lmedicina/ideas-vida-muerte/relacion-medico-paciente/

Ahora pondremos en práctica lo que hemos aprendido recreando una interacción médico-paciente inventada por nosotros. Pero esta vez el tema será libre, y cada pareja podrá inventar la situación que quiera. Cada pareja le pasará a la pareja de al lado el texto con su breve escena para que la represente, y después valorará su representación.

ANEXO 10. FICHA DEL ALUMNO DE LA SECUENCIA 2 (BLOQUE)

Imagen 16: lupa

Fuente: https://mx.depositphotos.com/26926987/stock-illustration-black-sketch-drawing- of-magnifying.html

Ahora evaluaremos nuestros progresos valorando del 1 al 5 el grado de acuerdo que tenemos con estas afirmaciones relacionadas con los principales objetivos de la secuencia.

- Puedo ordenar y hacer peticiones de forma indirecta mediante el uso de ciertas expresiones.
- Sé emitir opiniones y juicios expresando dudas o posibilidades cuando la situación lo requiere.

ANEXO 11. FICHA DEL ALUMNO DE LA SECUENCIA 3 (BLOQUE 1)

A menudo los pacientes le transmiten a su médico información equivocada, o ideas con las que no puede estar de acuerdo. Sin embargo, es importante manifestar nuestros desacuerdos con ellos de una forma suave y educada para que la relación médico-paciente no se vea afectada por las tensiones que estas situaciones pueden producir.

Estas son algunas de las expresiones que pueden ser útiles para mostrar nuestro desacuerdo sin molestar a nuestros pacientes: **sí, pero; no, pero; no es que…pero; eso es verdad, pero; tienes razón en parte, pero; bueno…pero; vale…pero; no digo que no, pero; estoy de acuerdo, pero; no me parece mal, pero; no está mal pensado, pero; ya, pero; lo sé, pero; puede que eso sea cierto, pero; lo entiendo, pero; me lo imagino, pero.**

Aquí podemos ver un ejemplo: un fumador que no quiere dejar el tabaco se justifica ante su médico con el argumento de que su padre no fumó en su vida y sin embargo murió de cáncer a los 55 años, mientras que él tiene ya 63 y se encuentra bastante bien de salud. El médico, que sigue pensando que el tabaco es peligroso y que su paciente debería dejarlo, le responde «Es verdad, pero eso no quiere decir que si sigues fumando el riesgo de tener graves problemas de salud no sea mucho mayor que si lo dejas».

A continuación encontraremos frases de pacientes en la consulta del médico. Este debe expresar su desacuerdo o su oposición ante una idea utilizando alguna de las formas que hemos visto en esta clase. Entre paréntesis encontraremos la razón que dará el médico.

EJEMPLO 1: Un paciente con problemas capilares debe comprar el champú en la farmacia. Este champú se compra con receta, pero el paciente no quiere tener que ir al médico cada vez que necesita su champú. Esta vez le pide unas cuantas recetas, pero el médico se niega.

Paciente: Doctor, usted comprenderá que soy un hombre ocupado, y no puedo venir al médico cada vez que se me acaba el champú por una simple receta. ¿No puede darme por lo menos cuatro o cinco?

Doctor: (el reglamento del hospital no se lo permite)

EJEMPLO 2: Una paciente ha llegado diez minutos tarde a una consulta. Como había más personas, el médico las ha hecho pasar y la paciente ha entrado la última y está enfadada.

Paciente: Llevo esperando tres cuartos de hora y tengo prisa. Entiendo que dejen pasar a gente cuando no estoy, pero no entiendo por qué me quedo la última.
Doctor: (la paciente ha llegado tarde y ha perdido el turno, y él no puede estar pendiente de quién está en la sala de espera)

EJEMPLO 3: Este paciente tiene el colesterol muy alto, pero no le hace caso a su médico cuando le recomienda que se ponga a dieta.
Paciente: Es que vivo solo y no tengo tiempo para cocinar comida sana. Muchas veces como algo rápido en el trabajo.
Doctor: (si el paciente no hace algo para remediar su colesterol, el riesgo para su salud es muy alto)

EJEMPLO 4: La paciente ha consultado en internet y no quiere hacerse pruebas porque dice que sabe lo que tiene.
Paciente: Lo he visto en varias páginas y todas dicen lo mismo.
Doctor: (internet no es tan fiable y con una prueba se confirmaría el diagnóstico)

EJEMPLO 5: A este paciente le ha sentado mal un medicamento que ha tomado y que el médico no le había recetado.
Paciente: Es que me lo recomendó mi vecina, que dice que a ella le va muy bien para los resfriados fuertes.
Doctor: (su vecina no es doctora, no debería tomar medicamentos sin consultar a un profesional de la medicina)

Ahora que hemos practicado la forma de suavizar el desacuerdo y la oposición a las ideas de estos pacientes, inventaremos en parejas las respuestas que el doctor da a otros pacientes, sin olvidar usar las expresiones que estamos trabajando.

Lo siento, doctor, olvidé tomar la medicación. Ya sabe que tengo muy mala memoria.

Es que no sabía que este medicamento no se pudiera mezclar con alcohol. Solo tomé dos copas de vino.

Sé que estoy gordo, pero no creo que sea un problema para mi salud.

Bueno, a mí no me gusta hacer deporte. Creo que la gente exagera con lo bueno que es hacer ejercicio.

Hasta hora el tratamiento no me ha servido de mucho y es muy duro. No sé si es buena idea seguir o es mejor rendirse.

ANEXO 12. FICHA DEL ALUMNO DE LA SECUENCIA 3 (BLOQUE 1)

CONTEXTO SITUACIONAL

El paciente Rodolfo (52 años), que presentaba síntomas asociados a la leucemia linfocítica crónica como debilidad, cansancio, fiebre, pérdida de peso, frecuentes dolores de estómago y una pequeña inflamación de los ganglios linfáticos, se ha sometido a un análisis de sangre y de médula ósea para determinar si padece esta grave enfermedad. La doctora le confirmará el temido diagnóstico.

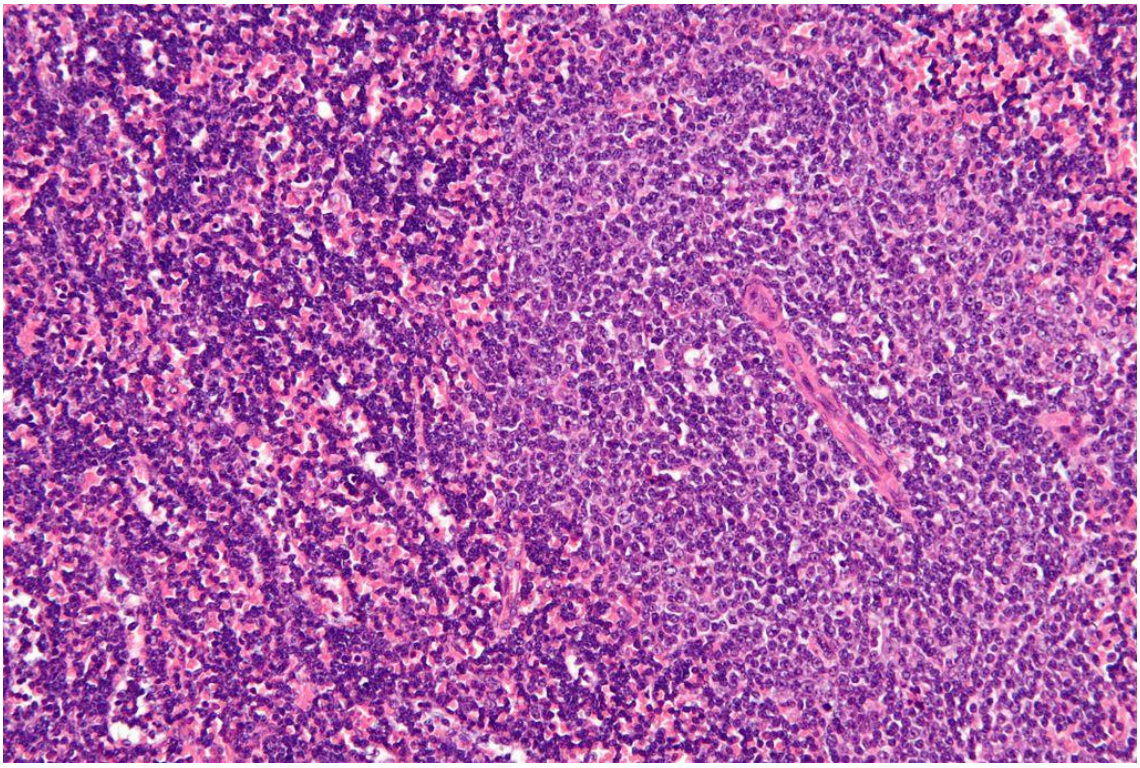

Imagen 17: Micrografía de un nódulo linfático afectado por leucemia linfocítica crónica de células B.

Fuente: **https://en.wikipedia.org/wiki/B-cell_chronic_lymphocytic_leukemia**

1 Este tipo de problema se presenta más frecuentemente en hombres adultos de raza blanca… Tiene un componente genético…

2 Buenos días, Rodolfo. ¿Cómo te encuentras? ¿Un poco mejor? ¿Has podido dormir algo estos últimos días? Ya tenemos los resultados del laboratorio. Me temo que no son buenos, Rodolfo. No son los que me gustaría darte…

3 Para enfrentarnos a esto tenemos que saber exactamente de qué estamos hablando, Rodolfo. Tenemos que identificar al enemigo al que tenemos que derrotar… El problema que tienes, bueno, la enfermedad que tenemos que superar se llama leucemia linfocítica crónica… Es un tipo de leucemia, que como sabrás es cáncer en la sangre…

4 Por eso estás tan cansado sin motivo aparente. Y por eso también pierdes peso y estás débil y no duermes bien. Es como si tu organismo estuviera descompensado, por así decirlo. Esto crea algunas complicaciones. Como la anemia. La sensación de estar lleno sin comer casi nada… El insomnio y los sudores nocturnos. Y también explica el hecho de que sangres de forma imprevista.

5 Verás, tu médula ósea produce demasiados linfocitos. Los linfocitos son un tipo de glóbulos blancos. Los glóbulos blancos, como seguramente sabrás, son los encargados de combatir las infecciones, son los que defienden el organismo, por decirlo en pocas palabras. El problema es que tu médula produce muchos linfocitos anormales. Es decir, que esos glóbulos blancos que deberían protegerte no lo hacen porque no están sanos. Y como tu médula produce tantos linfocitos, el espacio para los glóbulos rojos o las plaquetas, que también son muy necesarios, es menor. Eso te hace más vulnerable.

6 Esto es un proceso, Rodolfo. Y es en este proceso en lo que nos tenemos que centrar… A partir de ahora mismo estamos en una guerra contra esa enfermedad, contra ese enemigo… Y quiero que entiendas que habrá momentos mejores y peores, pero que pasaremos esto juntos… Es muy importante también que te apoyes en tu familia, en tus amigos… Necesitamos tener la moral alta y ser fuertes para superar esto.

7Ya sé que el nombre impresiona mucho. Imagino que ahora estarás asustado, y tienes todo el derecho a estarlo, porque la palabra cáncer es una palabra que da miedo. Pero tienes que tener claro que esta enfermedad se puede superar. Es en esto en lo que nos tenemos que centrar a partir de ahora. De hecho a menudo se supera… Hemos avanzado mucho en los últimos años, y las expectativas son cada vez mejores… Tenemos que empezar el tratamiento inmediatamente. La leucemia linfocítica crónica tiene cuatro estadios, que miden el avance de la enfermedad en el organismo. Afortunadamente, lo

hemos cogido a tiempo, Rodolfo. Estamos en el estadio 2. Además del aumento desproporcionado de linfocitos, este estadio afecta a los ganglios linfáticos (por eso los tienes inflamados, aunque no te duela) y también al tamaño del hígado y del bazo, que aumentan también. El tratamiento será duro, no te voy a engañar. Pero en muchos casos funciona. Tómate tu tiempo para pensar en todo esto… Yo te iré informando de todo. Estaré a tu completa disposición siempre que me necesites, para cualquier cosa. Para cualquier duda o lo que sea.

Imagen 18: Puzle

Fuente: http://www.nyitcomsga.org/2010/attention-students-mental-health-counseling/

ANEXO 13. FICHA DEL ALUMNO DE LA SECUENCIA 3 (BLOQUE)

Imagen 19: lupa

Fuente: https://mx.depositphotos.com/26926987/stock-illustration-black-sketch-drawing- of-magnifying.html

Haremos una autoevaluación para comprobar nuestros progresos. La valoración expresará del 1 al 5 nuestro grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones.

Valora del 1 al 5 la veracidad de las siguientes afirmaciones:

- Puedo expresar desacuerdo con mi interlocutor de forma adecuada para evitar posibles situaciones desagradables.
- Soy capaz de leer un texto en español sobre una situación cotidiana en la profesión médica con suficiente profundidad para analizar detalles no solo de su contenido, sino también de su estructura.

ANEXO 14. FICHA DEL ALUMNO DE LA SECUENCIA 1 (BLOQUE 2)

A menudo los familiares de los pacientes esperan certezas de nosotros y muchas veces no podemos ofrecerles la seguridad que necesitan. En español hay muchas formas de expresión que nos permiten tomar distancia de las palabras que les decimos. Veremos algunos ejemplos que nos permitirán aprender recursos útiles para comunicarnos con los familiares de los pacientes cuando no podemos asegurarles que todo saldrá bien.

Un médico puede decirle a un familiar que quiere respuestas inmediatas «Sinceramente, no tengo ni idea de si se recuperará. Es pronto para saberlo». Sin embargo, es mejor decir algo como «**Ya se sabe** que esto es duro. Todavía **no podemos** asegurar nada».

También son útiles expresiones como **al parecer, parece ser, según parece, todo parece indicar**… Un médico puede decirle al paciente de un familiar «Está respondiendo bien a la operación», pero también puede expresarlo con más precaución «**Según parece** está respondiendo bien», o «**Por lo visto** el tratamiento funciona». También se le puede decir a un paciente preocupado por una larga rehabilitación «**Según me cuentan**, lo peor son los primeros días. Luego **todo el mundo** coincide en que **te acostumbras**».

Generalizar también puede ayudarnos en este tipo de situaciones. Por ejemplo «**En general** el paciente está respondiendo bien», o «**La mayoría de las veces** este tipo de tumor se extiende a otros órganos».

Ahora utilizaremos algunos de estos recursos para transformar las afirmaciones de un médico al familiar de un paciente para que la interacción sea más efectiva.

El tratamiento será largo y complicado.

Los síntomas son preocupantes.

La enfermedad avanza deprisa.

El paciente no se recuperará totalmente.

Los resultados no son esperanzadores.

La evolución del paciente es incierta.

No sé si sobrevivirá.

Es prácticamente imposible que recupere el habla completamente.

Este tipo de cáncer tiene una tasa de mortalidad baja.

Creo que el diagnóstico es Parkinson.

Imagen 20: Doctora informa del estado de salud de su paciente a sus familiares

Fuente: http://www.teinteresa.es/comunitat-valenciana/valencia/incendio-Hospital-Sagunto-ingresado-Fe_1_1404469646.html

ANEXO 15. FICHA DEL ALUMNO DE LA SECUENCIA 1 (BLOQUE 2)

Imagen 21: Maestro y discípulo

Fuente: https://www.taringa.net/posts/apuntes-y-monografias/14233161/40-historias-que-cambiaran-tu-forma-de-Pensar.html

Ahora representaremos una escena en la que un médico veterano utilizará su experiencia y su sabiduría para ayudar a un joven médico que tiene problemas para comunicarse con los familiares de sus pacientes. Cada pareja simulará un diálogo con el que el médico experimentado ayudará a su colega a simular una situación en la que el médico tiene que tratar con los familiares de su paciente en un momento delicado. El médico veterano simulará ser el médico y el más joven los familiares con que el médico tiene que interactuar. Los alumnos podrán elegir las circunstancias concretas. Cada pareja le pasará su escena a la pareja de al lado, y valorará su simulación.

ANEXO 16. FICHA DEL ALUMNO DE LA SECUENCIA 1 (BLOQUE)

Imagen 22: lupa

Fuente: https://mx.depositphotos.com/26926987/stock-illustration-black-sketch-drawing- of-magnifying.html

- Soy capaz de expresar un mensaje evitando ser demasiado directo para mejorar la interacción con los familiares de los pacientes.
- Puedo apreciar elementos del lenguaje que permiten dirigirse a un interlocutor de una forma impersonal.

ANEXO 17. FICHA DEL ALUMNO DE LA SECUENCIA 1 (BLOQUE 2)

Imagen 23: Chica se disculpa

Fuente:

http://www.insgrum.com/user/cosas_de_raras/3612815556/1309393625314143844_3612815556

A veces los médicos tienen que justificarse o excusarse por algún error no solo ante sus pacientes, sino también ante sus familiares. Primero veremos algunas expresiones que se usan en español para excusas y justificaciones, para después poder aplicar estos conocimientos a circunstancias que un médico puede encontrarse en su trabajo cuando trata con familiares de pacientes.

Algunas formas apropiadas para empezar una frase con la que queremos justificarnos son **es que, porque, como,** o **lo que pasa es que**. Por ejemplo, si un médico le reprocha a los padres de un niño que no se haya puesto una vacuna recomendada a su edad, pueden tratar de justificarse diciendo algo como «**Lo que pasa es que** pensábamos que todavía no le tocaba. **Como** nadie nos ha avisado…».

También es frecuente tener que rectificar por no habernos explicado con precisión o claridad, o por haber dicho algo un poco inapropiado. En algunos casos, en español podemos utilizar expresiones como **por así decirlo, por decirlo de alguna manera, por decir algo, si me permites la expresión** o **es una forma de hablar** para quitarle importancia a lo expresado.

En esta actividad, escribiremos ejemplos en los que resultaría apropiado utilizar las expresiones vistas para quitarle importancia a las palabras que un doctor les transmite a los familiares de un paciente.

ANEXO 18. FICHA DEL ALUMNO DE LA SECUENCIA 2 (BLOQUE 2)

Imagen 24: Doctor

Fuente: https://es.123rf.com/photo_21194514_m-dico-confianza-con-los-brazos-cruzados-en-el-estudio.html

Ahora vamos a simular una escena en la que un doctor quiere suavizar las palabras poco apropiadas que le ha dicho al familiar de un paciente. Cada pareja valorará la simulación de sus compañeros.

ANEXO 19. FICHA DEL ALUMNO DE LA SECUENCIA 3 (BLOQUE 2)

Imagen 25: lupa

Fuente: https://mx.depositphotos.com/26926987/stock-illustration-black-sketch-drawing- of-magnifying.html

- Soy capaz de identificar y hacer uso de varios recursos del español que favorecen la interacción con los familiares de los pacientes.
- Domino formas de expresión en español que me permiten justificarme y ofrecer excusas de forma apropiada a familiares de los pacientes.

ANEXO 20. FICHA DEL ALUMNO DE LA SECUENCIA 4

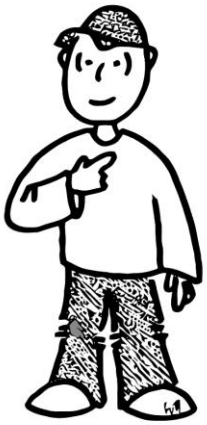

Imagen 26: Joven se señala con el dedo
Fuente: https://www.educima.com/dibujo-para-colorear-yo-i12139.html

El médico debe tener un criterio profesional bien formado, pero a veces tiene que reconocer que sus consejos y opiniones no tienen por qué ser compartidos por todos sus colegas, ni son los únicos posibles. Para destacar el carácter personal propia de una opinión podemos utilizar ciertas expresiones del español, como por ejemplo **en mi opinión, a mi parecer, a mi juicio, a mí me parece, personalmente,** o **yo en su lugar.** También podemos recurrir a nuestra visión estrictamente profesional con ejemplos como **como médicamente, como médico, desde el punto de vista de la salud, según mi experiencia profesional**…
Ahora utilizaremos estos recursos para ayudar a un médico que les ofrece consejos a algunos familiares de pacientes. Escribiréis una respuesta libre partiendo de los ejemplos que hemos visto. Podéis trabajar en parejas.

FAMILIAR DE PACIENTE 1: Doctor, mi padre tiene fuertes dolores en la cadera, pero es ya muy mayor y no sé cómo reaccionaría a la cirugía. He oído que una operación de cadera es delicada…
Doctor:

FAMILIAR DE PACIENTE 2: Mi madre tiene cataratas, pero no se quiere operar, porque le da mucho miedo.

Doctor:

FAMILIAR DE PACIENTE 3: Mi padre no quiere seguir con el tratamiento porque ha perdido la esperanza de recuperarse y dice que quiere vivir el tiempo que le quede como él quiera.

Doctor:

FAMILIAR DE PACIENTE 4: Mi esposa se niega a dejar de fumar durante el embarazo porque dice que ha leído que un médico recomienda no dejarlo si te estresas porque eso puede perjudicar al feto. Insiste en que los problemas que está teniendo con el embarazo no tienen nada que ver con el tabaco, porque además solo fuma tres o cuatro cigarrillos al día.

Doctor:

FAMILIAR DEL PACIENTE 5: Mi mujer se niega a abortar, aunque los médicos dicen que su embarazo pone en peligro su salud. Es que ella es muy religiosa.

Doctor:

FAMILIAR DEL PACIENTE 6: Mi hija lleva tres años en estado vegetativo. Mi marido ha perdido toda esperanza, pero yo todavía creo que puede haber un milagro.

Doctor:

ANEXO 21. FICHA DEL ALUMNO DE LA SECUENCIA 3 (BLOQUE 2)

Tendremos un ejemplo de cada forma escrito en la pizarra, y entre todos crearemos una escena de interacción entre un médico y los familiares de su paciente utilizando al menos una vez cada forma propuesta por el profesor. Cuando la escena esté terminada, una pareja voluntaria simulará la situación.

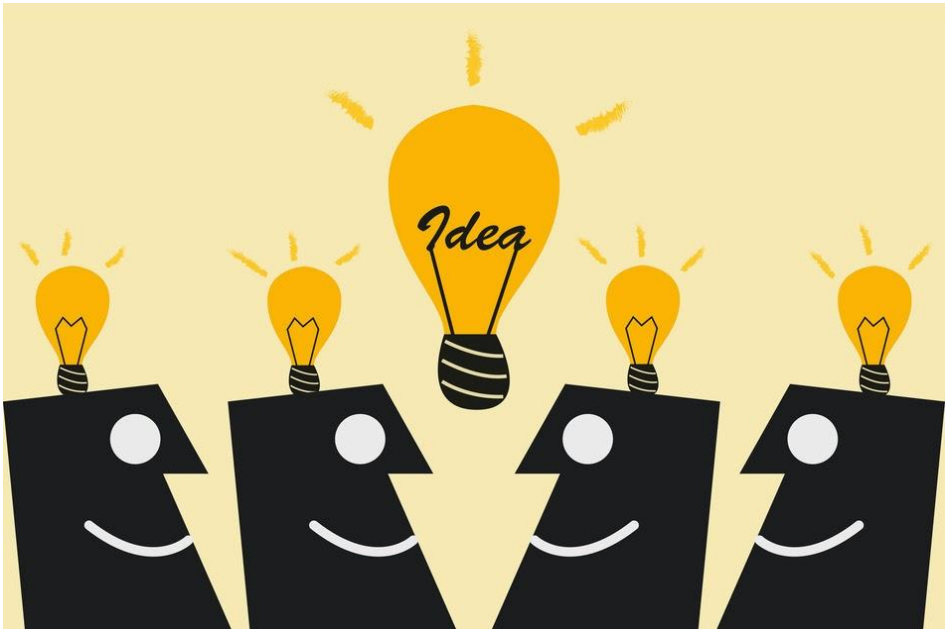

Imagen 27: Tormenta de ideas

Fuente: https://www.rinconpsicologia.com/2013/10/la-tecnica-tormenta-de-ideas-como.html

ANEXO 22. FICHA DEL ALUMNO DE LA SECUENCIA 3 (BLOQUE 2)

Imagen 28: lupa

Fuente: https://mx.depositphotos.com/26926987/stock-illustration-black-sketch-drawing- of-magnifying.html

Ahora haremos una pequeña autoevaluación que nos permita valorar nuestros nuevos conocimientos.

Valora del 1 al 5 la veracidad de las siguientes afirmaciones:

- Sé dar consejos de modo que queden claras mis limitaciones personales y profesionales.
- Soy capaz de percibir la importancia de las formas de expresión estudiadas y puedo aplicarlas en situaciones comunes en la vida de un médico.