

**PRIMERA RELACIÓN ENTRE PACIENTE
Y PROFESIONAL DE LA SALUD:
RITUALES DE INTERACCIÓN Y ESTRATEGIAS
DISCURSIVAS EN LA ENTREVISTA PODOLÓGICA**

VICENT SALVADOR
(Universitat Jaume I)

CECILIA MACIÁN
(Universitat de València)

ABSTRACT: We will analyze a corpus of first-time medical encounters between a podiatrist and his new patients in a bilingual and post-rural context. Our aim is to describe the principal ritual steps of these medical encounters and the main strategies carried out by podiatrist and patients to design their ethos and establish empathy in order to improve communication and health cooperation. A central subject of this paper is the genre (or genres colony) involved in these processes as a previous construction of social reality. Humor, deference, didactic explanations, code switching (Spanish/Catalan) as well as the effects of simultaneity of speech and physical acts along the clinical encounter are factors that play an important role in the interaction. Our paper works on premises and references applied in our previous research on health and language, but it shares the main principles of the framework of the Bronckart's model of Sociodiscursive Interactionis (ISD).

KEYWORDS: medical encounters; discourse strategies; podiatry; empathy; ethos

Introducción

Nuestro trabajo se centra en el análisis discursivo de la interacción que se produce en primeras visitas al profesional sanitario, concretamente al podólogo. Esta toma de contacto entre paciente y profesional comporta rituales y estrategias de tipo diverso que se orientan, en principio, hacia el establecimiento de una relación armónica y eficaz, de cooperación. Examinaremos algunas de estas estrategias sobre un corpus de entrevistas reales con el propósito de extraer del análisis conclusiones de tipo general, válidas para actos de toma de contacto similares en el campo de la salud.

El trabajo, aunque ha partido de premisas propias derivadas de investigaciones anteriores de los autores, se puede asimilar en buena medida al

Estudos Linguísticos/Linguistic Studies, 3, Edições Colibri/CLUNL, Lisboa, 2009, pp. 439-457

marco teórico del interaccionismo sociodiscursivo, tal como lo presenta J.-P. Bronckart en este mismo volumen y en otras publicaciones anteriores (Bronckart, 2004), y puede confluir en el futuro con otras investigaciones recientes en esta línea que se aplican a temas relacionados con el ámbito sociosanitario (Bulea, 2007).

1. El marco de la actividad

Para el interaccionismo sociodiscursivo, el análisis comienza por la determinación de los constructos previos, históricamente elaborados e institucionalizados, que determinan la percepción colectiva de una actividad como la sociosanitaria, y aquí en concreto la práctica podológica. Para ello examinaremos los factores sociales y físicos que configuran el entorno de dicha actividad, en el contexto específico en que hemos recogido nuestro corpus.

1.1. El entorno social

Las siete sesiones clínicas sobre las que se ha trabajado, con un total de 128 minutos de grabación, tuvieron lugar durante el año 2007 en dos consultas podológicas, situadas en sendas poblaciones valencianas: Castellón de la Plana y Paterna. Se trata de dos ciudades de tamaño medio y reducido, respectivamente. La primera, capital de una provincia española, tiene una población de alrededor de 150.000 habitantes y ha experimentado un intenso proceso de crecimiento e industrialización durante los últimos años, aunque su núcleo antiguo –donde se emplaza la clínica podológica– mantiene un componente rural, debido a la tradición agrícola de la población autóctona. La segunda población, Paterna, de cerca de 50.000 habitantes, se ubica en una zona próxima a la ciudad de Valencia, en la comarca de l’Horta. También ha experimentado un gran crecimiento demográfico y una cierta industrialización, acompañado todo ello con una tendencia a convertirse en ciudad dormitorio respecto a la cercana capital, pero aún conserva sin embargo, como en el caso de Castellón, un tono social relativamente rural o post-rural en su núcleo antiguo, donde está situada la clínica podológica.

Tres son los rasgos principales que destacaríamos en el entorno de ambas consultas: a) situación de *bilingüismo* entre el *catalán* (localmente denominado valenciano) y el *español* o castellano; b) existencia de una tupida *red de interacciones sociales* entre los miembros de cada una de estas comunidades; c) exclusión de los tratamientos podológicos respecto de la seguridad social, con lo que estos se insertan en el ámbito de la *sanidad privada*. Por otro lado, ambas clínicas podológicas están atendidas por un solo podólogo, el mismo en los dos casos, y por una enfermera-recepcionista cada una de ellas. Las tres personas participan del mencionado bilingüismo, pasivo y activo, y tienen vinculaciones sociales con el entorno donde trabajan, aunque estas son mucho menores por parte del podólogo, que está poco arraigado en los ambientes locales y en consecuencia puede mantener con facilidad una distancia profesional con los pacientes.

El primero de los rasgos señalados, la situación bilingüe, nos interesa aquí en la medida en que conforma el *repertorio sociolingüístico* de la interacción en la comunidad de habla: el castellano, con capacidad de uso activo y pasivo por parte de toda la comunidad; el valenciano, uso pasivo para todo los miembros de la comunidad, y activo para una buena parte de ellos. El uso de ambas lenguas sigue unas pautas diglósicas, que reservan mayoritariamente el valenciano para el ámbito de la interacción informal entre los miembros reconocidos de la comunidad de habla, y muestran preferencia por el castellano para los primeros encuentros con desconocidos y para situaciones de alta formalidad. De esta manera, el uso de la lengua local en los hablantes bilingües está indexado a situaciones de mayor confianza y puede constituir un elemento de prestigio encubierto (*covert prestige*) que complementa las pautas de prestigio manifiesto (*overt prestige*) del español culto en el discurso del profesional.

El segundo rasgo afecta al hecho de que los nuevos pacientes suelen llegar a la consulta con referencias de los procedimientos y los resultados del podólogo, por medio de la opinión comunicada por otros pacientes como testimonio de primera mano a través de las redes sociales, y no por medio del mero conocimiento fortuito a través de los anuncios publicitarios, como ocurriría en el ámbito de una gran ciudad.

Por lo que respecta al tercero de los rasgos mencionados, es obvio que la configuración de la atención podológica en un establecimiento privado fija una serie de patrones de relación diferentes de los propios de un centro público de la seguridad social. Concretamente estos patrones consisten en la prestación no gratuita de un servicio al paciente (mediante un contrato no explicitado ni firmado pero operante), lo que implica una responsabilidad mayor en la eficacia del tratamiento y también, como estrategia de fidelización, una mayor deferencia en el trato hacia el cliente y una duración generosa de la entrevista clínica.

Todos estos factores constituyen un entramado de *preconstruidos* y determinan muchas de las características de la *familia de géneros* –*genre colony*, en la terminología de V. K. Bhatia– que se realizan mediante los actos discursivos y textos propios de la interacción clínica. Hay una serie de convenciones socialmente compartidas, institucionalizadas, y por lo tanto asumidas individualmente por los pacientes, que marcarán de manera previa las condiciones de la relación entre ambas partes. En nuestro caso, hemos seleccionado un *género discursivo* o *género de texto* bien delimitado, que corresponde a la *entrevista clínica con el podólogo*, y más concretamente a la *primera*, es decir la apertura de la secuencia posterior de interacciones (las sucesivas visitas, en el caso de que se sigan produciendo). Se trata de un género decisivo por su situación liminar respecto a la relación, de tal manera que determinará en buena medida la continuidad o no de la interacción en sesiones sucesivas.

Todavía habría que hacer otra apreciación sobre la representación colectiva de la profesión de podólogo en un medio como el que hemos estudiado. En realidad, se trata de una figura en proceso de transformación, desde el

antiguo oficio del callista, dotado de pericia y avalado por su práctica en el cuidado de los pies, hasta la profesión del moderno titulado en podología, con estudios universitarios y que dispone habitualmente de un instrumental tecnológico próximo en sofisticación al de algunas especialidades médicas. En la fase actual de transformación social de esta profesión, y en el marco de nuestro contexto concreto, subsiste probablemente, por encima de la tecnología, la huella del antiguo callista rural, de trato muy personalizado e incluso paternalista, que solía aconsejar a los pacientes sobre distintos aspectos de la higiene, la prevención y la terapia de los problemas podológicos. Hay que considerar, además, que el contacto manual continuado con el cuerpo del paciente –con sus pies– instaura un cierto grado de proximidad, y es un factor más que se añade a la percepción del podólogo como una especie de consejero o persona de confianza con conocimientos sobre distintos aspectos de la salud.

Por otra parte, cada vez más se extiende en la praxis podológica el recurso a las pruebas complementarias previas al diagnóstico (radiografías, análisis, etc.) y a las intervenciones quirúrgicas u ortopédicas (como infiltraciones, operaciones de *hallux valgus* o aplicación de soportes plantares) que pueden requerir una detenida preparación del paciente, pero todavía es habitual que en una primera visita se realicen de inmediato actuaciones terapéuticas menores como por ejemplo la *quiropodia*, que era la actuación básica en las prácticas del callista tradicional.

1.2. Contexto situacional inmediato y preliminares de la entrevista clínica

Procederemos ahora al análisis del entorno físico de la interacción, un contexto situacional (organización del tiempo, disposición del espacio, presencia de muebles y aparatos, indumentaria, conducta no verbal prototípica, etc.) que viene dado, en parte, por las características del entorno socioinstitucional que hemos descrito y que condiciona (y entra en juego con) el discurso verbal que se produce en estos eventos iniciales.

Por lo que corresponde a la organización horaria, está pautada con una relativa rigidez, mediante la asignación previa de turnos horarios secuenciados, donde se procura evitar los vacíos y sobre todo los solapamientos de turnos, ya que estos se traducen en incómodas esperas para los pacientes (si bien estas se hacen inevitables a causa de la dificultad de programar unas tareas de duración no siempre previsible). En ambas consultas, la sala de espera, bien separada del resto de la zona clínica, es gestionada por una ayudante uniformada con bata blanca que dispone de una mesa propia donde tomar anotaciones de filiación y pasarlas al podólogo (nombre, edad y datos de localización).

El encuentro de podólogo y pacientes se produce cuando este los recibe en el interior de la consulta, tras la mesa de despacho, los invita a sentarse y los saluda tratándolos por su nombre, que conoce por la ficha entregada de antemano por la ayudante. El paso siguiente consiste en la cumplimentación de los otros aspectos de la ficha personal que se registran en una concisa *historia clínica* (edad, enfermedades relevantes, circunstancias especiales).

Para la realización de la *anamnesis* o recuperación de la información sobre los antecedentes clínicos individuales, el podólogo formula preguntas y va anotando, en síntesis, lo que responde el paciente –o en ocasiones su acompañante, que suele actuar como mediador, unas veces con eficacia y otras como fuente de interferencias.

Es de particular interés esta figura del *acompañante*, como por ejemplo el cónyuge o un progenitor, mayoritariamente mujeres, una figura que está muy institucionalizada en el caso de enfermedades graves, sobre todo en las fases de diagnóstico y tratamiento (Salvador & Macián, 2004), pero que también es frecuente en las primeras visitas podológicas, como podremos observar a partir de algún ejemplo del corpus.

Toda esta secuencia está fuertemente ritualizada como *script*, con un esquema procedimental muy fijo que combina el rigor del protocolo con un trato deferente y de una cierta formalidad, donde no es frecuente el tuteo, salvo en el caso de niños o adolescentes, que son tuteados por el profesional. Por descontado, la interposición de la mesa del despacho, el silencio y la sensación olfativa de asepsia clínica, así como la indumentaria del podólogo –la bata blanca-, contribuyen a este distanciamiento en la fase preliminar de presentación mutua.

No es infrecuente que los pacientes hagan referencia por propia iniciativa a las personas que los han encaminado a la consulta y que, supuestamente, han atestiguado los resultados obtenidos. Interpretamos estas intervenciones como un medio de socialización que suaviza la frialdad del primer encuentro y como un procedimiento de autopresentación personal a través de los contactos manifestados con la red de relaciones sociales de la localidad. Como tales detalles y recomendaciones no son necesarios, podemos buscar su pertinencia en una función apelativa hacia el podólogo: por un lado, constituye un halago a la profesionalidad de este, y por el otro contiene, plausiblemente, un recordatorio de su responsabilidad en el acierto del tratamiento. De hecho la lógica es implacable: el procedimiento habitual y más eficaz de publicitación de los servicios se vehicula mediante la red de relaciones locales.

Véanse algunos de estos factores en el fragmento (1), donde una maestra jubilada, ya anciana, se autopresenta por referencia a otra paciente. Por otra parte, el cambio de código del catalán al español, como luego comentaremos, constituye un paso importante en el establecimiento de la relación, gracias a la adopción de la lengua en la que ella se encuentra más cómoda para el trato personal. (Nota.– En nuestra transcripción, PO corresponde a podólogo, P a paciente y A representa al acompañante. Cuando se trate de textos en catalán, los acompañaremos de la versión española).

(1)

P: yo vengo aquí / recomendada por / NN

PO: ah / por NN? / muy bien

P: es que / siempre que viene aquí / viene a mi casa a verme / siempre estaba diciéndome lo mismo / de que viniera para que usted me viera /

porque / tengo los pies mal / bueno/ uno sobre todo / lo tengo muy mal / y es que estoy fastidiada / yo tengo esclerodermia

PO: esclerodermia

P: entonces / esto / a los cincuenta años ya me apareció / y / y en los pies

[PO: sí] tengo tan mal o peor que las manos / entonces / el andar es muy

[PO: muy dificultoso] y //

PO: vol parlar en valencià?

P: com vullga vosté

PO: com vosté estiga més a gust

(Entr. 5: 00:00 – 00:58)

(1.a)

PO: *quiere hablar en valenciano?*

P: *como usted quiera*

PO: *como usted esté más a gusto*

2. La entrevista clínica

Hemos presentado ya los preliminares de la entrevista clínica, particularmente relevantes en el caso de las primeras visitas, ya que constituye la toma de contacto en el plano interpersonal y en el de un entorno ambiental específico que es nuevo para el paciente. Sin duda, la primera impresión es decisiva, como en todo comienzo de relación. Es ahí donde se produce el contraste inicial entre las representaciones previas (expectativas sobre la profesión de podólogo, el ámbito de la clínica, la utilidad de la visita, etc.) y la experiencia de una nueva transacción social sanitaria. A partir de este primer contacto, del conjunto de la entrevista clínica y posteriormente de otras experiencias similares, el paciente avanzará en la apropiación de los preconstruidos sociales sobre esta esfera de la experiencia cotidiana y en la progresiva conformación y modificación evolutiva de estos, con efectos en su propio desarrollo cognitivo y actuacional. El mismo proceso, aunque experimentado como rutinario por la repetición continua, se producirá en el podólogo y, si fuera el caso, en los estudiantes que pudieran aprender o practicar en la clínica las habilidades profesionales correspondientes.

2.1. Caracterización del género

La entrevista clínica ha sido objeto de atención, bien desde el ámbito exclusivamente de la aplicación a la práctica sanitaria (Borrell, 1986), bien desde los intereses propios de la lingüística y del análisis del discurso (Ainsword-Vaughn, 2001). La entrevista clínica presenta un interés extraordinario, tanto para la investigación de los analistas de la conversación y del discurso en general, como para el adiestramiento de los nuevos profesionales de la salud a través de estas *mediaciones formativas*.

Este género discursivo comporta una parte de interrogatorio cerrado, marcado por pautas previas como en las preguntas para rellenar el historial médico del paciente, y un parte de conversación, ciertamente orientada a la

resolución de problemas concretos de orden sanitario, pero abierta a la construcción interactiva de la imagen de los interlocutores. Por otro lado, no hay que olvidar que la actividad discursiva verbal se imbrica con actuaciones físicas de orden clínico. Al podólogo corresponderá el privilegio –y por tanto el poder– de establecer la agenda de la interacción, realizar las preguntas, decidir la extensión de las respuestas y fijar su pertinencia, alcanzar un diagnóstico, proponer un tratamiento y además llevar la iniciativa de las actuaciones clínicas correspondientes. Pero, como recomiendan los tratadistas del tema, tendrá que saber escuchar con atención y saber negociar ciertos aspectos, si quiere que la entrevista sea realmente orientada hacia el paciente.

Es relevante, por lo tanto, estudiar las operaciones retóricas, los estilos comunicativos propios del género y el equilibrio entre los factores de poder y solidaridad por lo que respecta a las partes en interacción. Precisamente el juego conversacional es una ocasión idónea para transmitir, confirmar y transformar los preconstruidos relativos a la figura profesional del podólogo, a la vez que constituye una vía para establecer, a partir de la primera impresión que cada parte experimenta de la otra, una relación más o menos *empática* o más o menos *dispática*, con las inevitables consecuencias que esta alternativa tiene para el desarrollo de la relación posterior. No hay que olvidar que los aspectos afectivos y comunicativos en general tienen un papel relevante en todo tipo de terapia, y constituyen el lugar privilegiado donde se gesta la cooperación activa (*joining*) entre las dos partes implicadas en la solución del problema sanitario de que se trate.

2.2. Fases de la entrevista clínica

Finalizadas las etapas ya analizadas –el ritual de salutación y la primera toma de contacto, que culminan con la anamnesis y la apertura de la historia clínica–, da comienzo la fase siguiente, que centra el problema a tratar como resultado de la anamnesis y punto de partida para el diagnóstico y el eventual tratamiento. Usualmente, el podólogo marca ese momento con alguna frase expeditiva, mediante la cual interroga directamente al paciente sobre el problema podológico que ocasiona su visita, del tipo de “bueno, ¿qué es lo que le pasa?”, a lo cual el paciente responde precisando el motivo principal:

(2)

PO: cuénteme / Mariano / qué le pasa?

P: ah pos mire/ aparte de que / hace ya lo menos / no sé los años / tengo yo una huerta allá en el campo / y con la haza(d)a me pegué / y me metí la haza(d)a entre la uña y la carne / y ahora llevo la uña esta toda [PO: toda girada] girada toda / y no la puedo cortar ni con una ametralladora (...) ustedes siempre tienen un material pa / pa estas cosas

PO: ¿metralletas también? [P: también] / vamos a por la metralleta / Mariano

(Entr. 4: 00:59-01:36)

El fragmento (2) ejemplifica este paso en el proceso, con referencias humorísticas que más adelante tendremos ocasión de comentar, y muestra la respuesta del paciente, que intenta sintetizar de manera narrativa el origen de su dolencia, con un relato y una descripción sucinta, para lo que puede ser conveniente la ayuda del podólogo (“toda girada”). En esta fase de la entrevista clínica, los pacientes (o sus acompañantes) suelen articular su versión del problema por medio de los tipos de discurso que, de acuerdo con la terminología de Bronckart, se denominan “relato interactivo” y “discurso interactivo”, es decir, presentaciones narrativas y/o expositivas del problema con implicación directa del enunciador, que es el propio paciente o su acompañante.

Es importante observar, así mismo, que el podólogo no solo ha de saber escuchar lo que dice el paciente, sino también dar muestras de apoyo en esta tarea, para lo cual recurre habitualmente a recursos como los siguientes: gestos de atención al discurso, silencio respetuoso con el turno de habla del paciente, uso de marcas de escucha atenta (*backchannel signals*), elicitación de detalles relevantes mediante preguntas, breves comentarios de refuerzo, intervenciones de habla en eco, e incluso ayudas para formular la expresión de algunas ideas, tal como observamos en la expresión que introduce el podólogo, por encabalgamiento, en el turno del paciente (“toda girada”). Véase, asimismo, en (1), ejemplos de intervención *en eco* por parte del podólogo (que repite el término “esclerodermia” introducido por la paciente) y de ayuda a la expresión de una idea (“muy dificultoso”). Ejemplos de este tipo son frecuentes en nuestro corpus.

A partir de ese momento la interacción se centra en un problema concreto que se procurará resolver. El podólogo, por su parte, suele intentar una formulación del problema, aunque el diagnóstico se aplaza a menudo hasta después de haber realizado una exploración física, que es generalmente la siguiente etapa de la entrevista clínica y que se realiza ya en un ámbito diferente. En todo caso, aquí es donde culmina todo el proceso de *exploración verbal*, a través de las fases citadas, que constituyen la parte más ritualizada de la interacción.

La *exploración física* se realiza en una sala interior, dotada de medios tecnológicos, como sillón podológico articulado, podoscopio, plataforma de presiones, etc. Dejando atrás la sala de espera y el lugar del encuentro con el paciente, configurado como despacho, se ingresa ahora en el espacio propiamente clínico, donde el podólogo, con el auxilio de su ayudante en algunos momentos, realiza su labor más específica. La exploración física, por inspección visual, por palpación manual y por medios tecnológicos, permite a menudo diagnosticar directamente, o bien solicitar pruebas complementarias (radiografías, etc.), o en ocasiones derivar el paciente hacia un profesional de otra especialidad sanitaria. A partir del diagnóstico, se propone un tratamiento concreto –inmediato o aplazado, que va desde la cirugía hasta la prescripción y confección de ortesis plantares u otros elementos ortopodológicos– que a menudo es negociado con el paciente o planteado como posibilidad de futuro que él o ella tendrá que valorar y decidir. En la mayoría de

los casos, sin embargo, el tratamiento comienza de manera inmediata en la misma sesión clínica, mediante ciertas actuaciones terapéuticas (intervenciones sobre los pies del paciente como la quiropodia, que no requieren una preparación previa). También se suelen dar al paciente instrucciones para las pautas de autocuidado, de medicación, etc. Todas estas operaciones constituyen la parte resolutive de la sesión, que sigue al conjunto de la secuencia exploratoria (verbal y física) y que comporta, por parte del podólogo, la información al paciente y la negociación de las decisiones a tomar. Finalmente, la interacción se cierra con una secuencia de clausura, donde el podólogo da indicaciones sobre las pautas eventuales de seguimiento del proceso y se despide, acompañando al paciente hacia la sala de espera, donde la ayudante se encarga de los aspectos económicos.

Podríamos intentar esquematizar en fases distintas el conjunto del proceso tal como lo hemos ido describiendo, aunque debemos tener en cuenta que las de la exploración verbal son las más ritualizadas, mientras que el resto pueden omitirse o solaparse en muchos casos. Esta sería la secuencia canónica aproximada en las primeras visitas, donde A corresponde a la fase preliminar, importante en una primera visita, B y C corresponden a la parte de exploración verbal, D a la exploración física, E a la fase resolutive y F a la secuencia de cierre de la interacción.

- Fase preliminar: Recepción, espera y posteriormente inicio del contacto del paciente (y eventuales acompañantes) con el podólogo en su despacho.
- Anamnesis general: Preguntas del protocolo sobre enfermedades anteriores, antecedentes familiares, alergias, medicación tomada, etc.
- Pregunta concreta sobre la dolencia o anomalía que motiva la visita, intento de determinación de esta y verbalización de la misma.
- Paso a la zona propiamente clínica, donde tiene lugar la exploración física
- Diagnóstico, propuesta de tratamiento y, en su caso, inicio de este, acompañado también de instrucciones al paciente
- Secuencia de cierre: pautas de seguimiento del proceso y despedida

3. Factores de la interacción clínica y estrategias discursivas

3.1. La superposición de las series de actuaciones verbales y no verbales

Hemos hablado más arriba de las tareas de reconocimiento físico y de las intervenciones terapéuticas del podólogo. Todas estas actuaciones físicas se superponen a otro conjunto de actuaciones de tipo verbal, como series paralelas a lo largo de la visita. Un punto clave donde la actividad verbal adquiere protagonismo absoluto es el diagnóstico, y otro punto semejante es el de las recomendaciones de higiene, de autocuidado o de medicación. Pero, más allá de estas ocasiones, la actividad discursiva se produce una y otra vez en varios momentos del proceso.

En efecto, al contrario de lo que sucede en la práctica de otras terapias médicas (cirugía mayor con anestesia, tratamiento odontológico, etc.), las operaciones del tratamiento podológico suelen permitir el intercambio verbal entre las dos partes, mientras dichas operaciones se realizan. Por ejemplo, es frecuente que el podólogo advierta de la finalidad de una intervención que está a punto de llevarse a cabo o que se ha iniciado ya y del dolor consiguiente. De la misma manera, puede animar al paciente a soportar ese dolor o recordarle la proximidad del final de la intervención o distraer su atención. En todas estas situaciones de producción discursiva, la palabra tiene una función cooperativa: contribuye a la relajación del paciente durante la actuación no verbal del profesional, bien sea motivando, bien animando o simplemente distraendo, con la finalidad de que la tensión nerviosa y muscular no dificulte las tareas físicas que se realizan. Veamos un simple ejemplo:

(4)

PO: voy a quitarle un poco estas pieles de aquí / que se le seca mucho el pie // ya estamos// así que ustedes viven en Mislata? (...) acabo enseguida / acabo enseguida / es que toda esta pielecita se la quitamos ya // dirán / mira este hombre si lleva los pies arregla(d)os

P: pa ir a la playa / verdad?

(Entr. 4: 09:22-11:18)

Efectivamente, en (4) podemos observar la oportunidad de las intervenciones verbales del podólogo, que funcionan a modo de comentario de la tarea que se va realizando simultáneamente. El uso de los deícticos (“*estas pieles de aquí*”) indica claramente que se trata de un comentario muy dependiente del contexto situacional. Por otro lado, las referencias amables y coloquiales al paciente y a su situación (un anciano al que se anima a ser presumido), facilitan el establecimiento de una relación empática. Veamos otro ejemplo, con distintas particularidades:

(5)

PO: todo esto de aquí / detritis que hace la uña / como si fuera una caspita / se va ahí quedando / luego vienen los hongos / y viene todo eso // eso está bien limpito así / esperar que la uña crezca y ya está // com diuen en valencià / quan menos bulto més claror/ no?

(trabajo silencioso del podólogo: 1’ 10’’)

PO: pues li vaig a ficar ací un apòsit / intente dur-lo / dos o tres dietes

(Entr. 2: 12:54-14:39)

(5.a)

PO:...como se dice en valenciano / cuanto menos bulto más claridad /¿ no?

(trabajo silencioso del podólogo: 1’ 10’’)

PO: pues voy a poner un apòsito / intente llevarlo dos o tres diitas

En (5) encontramos una situación semejante, con insistencia en la motivación de la actuación podológica (“luego vienen los hongos...”) y la expli-

cación de la sintomatología (“como si fuera una caspita”). El uso del diminutivo (“caspita”, “limpito”, “diets”, diminutivo de “díes” en catalán) contribuye a incrementar el tono amable de las palabras. Además, el recurso al refrán, como lugar común e indiscutido de la sabiduría popular es un factor más de empatía, que introduce la cita de una expresión proverbial (“com menos bulto, més claror”: ‘cuanto menos impedimentos, más claridad’) con el sentido metafórico de la conveniencia de dejar despejada y limpia la parte afectada. Finalmente, hay que observar que el proverbio está verbalizado en catalán, en la variedad local de este idioma, con un suave cambio de código por parte del podólogo, un cambio que ya se instaura en la relación, con la intervención siguiente, donde se recomienda el uso del apósito aplicado. Es curioso anotar así mismo que esta última intervención, que consolida el cambio de lengua en la interacción, se produce con posterioridad de más de un minuto, tiempo durante el cual el podólogo ha trabajado en silencio, pero conservando la impronta del cambio de idioma que se ha efectuado durante la conversación.

Por otro lado, hay que señalar que algunas intervenciones verbales tienen una función de reflexión sobre las actuaciones físicas y pueden contribuir a caracterizarlas como *figuras* interpretativas de la acción (Bulea, 2007). Sin duda esta práctica, que está atestiguada también en nuestro corpus, es relevante por cuanto implica la adopción de un punto de vista *émico*, es decir, la identificación y designación de las acciones desde la perspectiva de los participantes en la interacción social que se estudia, por oposición a lo que constituiría el punto de vista externo o *ético* (en el sentido que da a estos términos la etnometodología). Ello también comporta a veces una evaluación interna de determinadas acciones, como la que veremos más adelante en el ejemplo (6), donde el podólogo se dirige al paciente dándole la instrucción de caminar para observar su realización de la marcha, que, según verbaliza, es “una parte molt important de la visita”.

3.2. La función del humor

Los episodios de humor verbal que se producen durante la interacción clínica son relevantes por dos motivos: de un lado, sabemos que el humor puede contribuir a la persuasión del paciente como una estrategia argumentativa más, del otro, su función va mucho más allá, en el sentido de que, si se realiza de manera afortunada, contribuye a facilitar la toma de contacto, y ayuda a distender el tono del primer encuentro, mejorando a la vez la imagen de los implicados en la interacción y reforzando la conexión simpática entre ellos.

Más arriba, en el fragmento (2), hemos visto un ejemplo de la actitud bromística del paciente, que ejercita una especie de autoironía, a la cual responde el podólogo empáticamente, siguiendo el hilo de la broma iniciada sobre las “metralletas”. En otros casos, será el podólogo quien introduzca el giro humorístico –que siempre deberá ser inocuo y no amenazar la imagen del interlocutor–, por ejemplo para animar a algún paciente de edad avanzada a volver a la consulta “cuando tenga que ir a algún baile”, con lo cual está

argumentando a favor de la continuidad en el tratamiento y alimentando la fidelización clientelar de una manera sutil y oportuna que reduce el coste pragmático de la recomendación, que quizá podría considerarse interesada en otras circunstancias.

El humor, así pues, será un ingrediente clave en la formación de los estilos comunicativos. En primer lugar, por lo que respecta al proceso argumentativo –y no solo por parte del podólogo, sino que también el paciente puede argumentar sirviéndose de la coartada humorística, por ejemplo, sobre su decisión de seguir o no las recomendaciones. Pero además de ello, tiene, como hemos visto, la virtualidad de contribuir a la relajación y fomentar la empatía, aspectos que sin duda favorecen, si son bien gestionados, la fluidez comunicativa.

Una observación final: en la medida en que la ironía –por oposición a los enunciados expresados con seriedad– se explica generalmente como ambigüedad argumentativa o como mención de otro enunciado ajeno, tendríamos que relacionarla con uno de los factores de la arquitectura textual, como es la *asunción de responsabilidades enunciativas*.

3.3. La didacticidad: negociación de significados y de roles

En la praxis moderna de las atenciones de salud se está produciendo un cambio de paradigma hacia la corresponsabilización del paciente, particularmente visible en hechos como la difusión de la práctica del *consentimiento informado*. Ahora bien, tal cambio de orientación en la praxis médica solo es viable si se parte de una buena información al paciente, un conocimiento por su parte de los procedimientos y las consecuencias de cualquier decisión en la que deba corresponsabilizarse. Más allá de *informar*, el profesional de la salud habrá de realizar un ejercicio de *didacticidad*, en el sentido que dan al término S. Moirand o J.-C. Beacco (Salvador, 2002), mediante el cual se haga comprender al paciente las coordenadas de su situación sanitaria, los motivos del diagnóstico y las consecuencias positivas y negativas del tratamiento propuesto (incluidos, sin duda, el coste económico y la inversión de tiempo y esfuerzos). También a menudo se tratará de transmitir un saber procedimental: un *saber hacer* o saber para hacer, por ejemplo, en lo que se refiere a las recomendaciones de aplicación personal de los tratamientos prescritos.

Puesto que el paciente no suele pertenecer a la comunidad discursiva de los profesionales de la salud, tales ejercicios de didacticidad deberán superar las barreras del inevitable *esoterismo* profesional y procurar contrarrestarlo con un *exoterismo* educativo, es decir, recontextualizar y reformular de manera más clara los conocimientos necesarios para la comprensión del problema y de las propuestas de solución. Y todo ello después de calibrar la cultura sanitaria del paciente y sus capacidades reales de comprensión del discurso de la podología.

Una de las barreras más evidentes en la comunicación entre comunidades discursivas es la terminológica. El profesional no podrá renunciar al uso de una terminología especializada, por un sentido de la precisión científica y

también por mantener unas dosis mínimas de esoterismo profesional, pero a menudo entrará en una especie de negociación terminológica con los pacientes a fin de establecer la correcta comprensión de los términos utilizados.

(6)

PO: l'angle d'incidència dels metatarsians / dels ossos de l'avantpeu / tenen molt més angle de lo normal / l'angle / lo normal seria estar aixina / pues vosté té açò // què ocorreix? / que s'ho carrega tot esta part / eh// ara el vorem caminant / que és una part molt important de la visita / a vore com va caminant i anirem explorant / d'acord?

(Entr. 6: 05:22-05:43)

(6.a)

PO: el ángulo de incidencia de los metatarsianos / de los huesos del antepié / tienen mucho más ángulo de lo normal / el ángulo / lo normal sería estar así / pues usted tiene esto // qué ocurre? / que se lo carga todo esta parte / eh// ahora lo veremos caminando / que es una parte muy importante de la visita / a ver como va caminando e iremos explorando / de acuerdo?

A veces, como ocurre en (6), la secuencia explicativa incluye un término técnico (“metatarsians”), que es parafraseado a renglón seguido para hacerlo más inteligible. Es conveniente observar aquí el ejemplo de *diafonía* que se produce con la pregunta del podólogo (“què ocorreix?”), en el marco del más puro uso didáctico de las preguntas que evocan e interpretan el pensamiento o las presuntas dudas de la audiencia.

En (7), la acompañante refiere un antecedente clínico de luxación en la paciente a la que acompaña. El podólogo pregunta sobre el tema por considerarlo relevante para la historia clínica; a partir de ese punto consigue más información sobre la paciente y concluye dando el nombre técnico de la enfermedad a la que se ajusta su diagnóstico, con la corroboración por parte de la acompañante (que cree reconocer el nombre de la anomalía como el que corresponde a diagnósticos anteriores de otros profesionales: “muy bien muy bien”). No conviene minusvalorar la necesidad de utilizar la terminología especializada, que refuerza la *auctoritas* del podólogo como especialista y que constituye además un dato objetivo para el eventual contraste con otros diagnósticos ajenos.

(7)

PO: malaltia important?

A: no / ella va tindre només una luxació de cadera...

PO: una luxació de cadera?

A: no / home / també me digueren luxació i una altra cosa / anave / és molt paregut a una luxació / ella va estar un any en uns aparatos / en València me la van tractar

PO: sí / això ho tens que dir / perquè una luxació...

A: era de la part / dreta / dreta era? // de todos modos / quan la portem a algun metge / sempre ho dic / perquè diu que se li nota que diu que té un

poquet... [PO: una dismetria] un poquet que no el té / no/ l'os no li ha crescut com tots el tenim de desenvolupat / ara / en les ecografies i tot...

PO: Entonces / lo que ha tingut és un Perthes [A: sí / sí] un Legg Calves Perthes [A: muy bien / muy bien] és una osteonecrosis del cap de...

A: i entonces va estar hasta els quinze mesos..

(Entr. 1: 00:49 – 01: 32)

(7.a)

PO: enfermedad importante?

A: no / ella tuvo solo una luxación de cadera...

PO: una luxación de cadera?

A: no / hombre / también me dijeron luxación i otra cosa / iba / es muy parecido a una luxación / ella estuvo un año con unos aparatos / en Valencia me la trataron

PO: sí / eso lo tienes que decir / porque una luxación...

A: era de la parte / derecha / derecha era? // de todos modos / cuando la llevamos a algún médico / siempre lo digo / porque dice que se le nota que dice que tiene un poquito... [PO: una dismetría] un poquito que no lo tiene / no/ el hueso no le ha crecido como todos lo tenemos de desarrollado / ahora / con las ecografías y todo...

PO: Entonces / lo que ha tenido es un Perthes [A: sí / sí] un Legg Calves Perthes [A: muy bien / muy bien] es una osteonecrosis de la cabeza de...

A: y entonces estuvo hasta los quince meses..

Si en (7) assistimos al proceso de aproximación a la diagnosis por parte del profesional, en (8) se trata tan solo de la designación de una leve malformación, que es descrita en lenguaje ordinario y que después es identificada con el término “dismetria”. El término no es parafraseado, pues, por medio de un añadido explicativo, sino que la descripción culmina con la asignación de una etiqueta propia del discurso especializado. El texto es así mismo un buen ejemplo de la utilización del humor, con el juego de palabras que se permite el podólogo, quien, a un pie “cavo” muy pronunciado lo denomina como “teniente coronel”, es decir, activa la homofonía del vocablo con el grado militar de “cabo” y le aplica humorísticamente un radical ascenso en el escalafón:

(8)

PO: en principi pareix que té una cama més llarga que l'altra / eh / té una dismetria / ara ho comprovarem / perquè amb el seu tipus de peu cau / té un peu cau molt greu / greu vol dir / que no és cau / és teniente coronel

P: he he he

(Entr. 6: 04:09 – 04:20)

(8a)

PO: en principio parece que tiene una pierna más larga que la otra / eh / tiene una dismetría / ahora lo comprobaremos / porque su tipo de pie cavo / tiene un pie cavo muy grave / grave quiere decir / que no es cavo / es teniente coronel

P: je je je

3.4. La figura del acompañante

Como hemos visto a propósito de (7), aparece la figura del acompañante (madre de una menor en ese caso), que *media* la interacción de la paciente con el podólogo, en diversos aspectos. En efecto, los acompañantes pueden tomar la palabra no solo en nombre propio sino también en representación del paciente, con lo cual se produce un desvío de la responsabilidad enunciativa: el acompañante describe síntomas, opina y contribuye incluso a la toma de decisiones “suplantando” al paciente y a sus intereses, convirtiéndose en su portavoz. Lo hace con el argumento implícito de que se limita a trasladar su discurso, a reportarlo, aunque ciertamente no como cita en estilo directo ni siquiera indirecto, sino asumiendo su propio papel como intérprete autorizado, legítimo, del discurso y del pensamiento del paciente, que habitualmente en estos casos es menor de edad. No es ajeno a este comportamiento el hecho de que sea el acompañante adulto quien pague la visita, con lo cual se siente autorizado a tomar la palabra e incluso a decidir sin consultar a la persona afectada por el problema, que normalmente se ve inducida al silencio o al asentimiento tácito o rutinario.

En los ejemplos (9) y (10), la paciente es una adolescente acompañada por su madre, que toma la palabra con mucha más frecuencia que la hija. Es interesante observar que el podólogo, después de dirigirse a la chica, cambia de alocutario y establece una cierta complicidad con la madre, reforzando la solidaridad derivada de la proximidad de sus edades respectivas, por medio de un *cliché* referido al efecto negativo del paso de los años:

(9)

PO: tindràs una ferideta un poquet que te molestarà / clar que sí /después pues va curant-se (...) no com mosatros / ells van més ràpids

(Entr. 1: 11:09 – 11:18)

(9a)

PO: tendrás una heridita un poquito que te molestará / claro que sí /después pues va curándose (...) no como nosotros / ellos van más rápidos

La misma entrevista nos ofrece una muestra más de la importancia de la actuación del acompañante, que en este caso se alarma ante el contagio viral de la adolescente y las vías por las cuales se hubiera podido producir. El podólogo, interpelado por la madre quejosa y ante el mutismo de la chica, explica el proceso, lo desdramatiza y echa mano de un cierto tono eufemístico en su respuesta a la madre, para no herir la sensibilidad de la adolescente ante cuestiones de higiene y de cambios hormonales propios de la edad. La expresión de que se sirve (el indefinido “està en una edat...”) no deja de ser un cliché que refuerza aquí también la connivencia entre las personas adultas al hablar de los adolescentes.

(10)

A: i això de què s'agarra / això?

PO: això és un virus / virus del papiloma humano número dos // un virus que hi ha en les piscines / en el gimnàs

A: reina / és que ho agarra ella tot

PO: això no té importància / hi ha que fer-li / pues això / una formuleteta per a que no li suen tant els peus / que li suen molt// perquè açò / el seu contagi es facilita molt per per la hiperhidrosis / per la suor del peu / i anar controlant / i un seguiment / perquè clar / està en una edat / on el canvi hormonal / l'excés de suor / el / tot això propicia molt l'aparició de la malaltia

(Entr 1: 07: 25 – 08:05)

(10a)

A: y eso de qué se coge / eso?

PO: eso es un virus / virus del papiloma humano número dos // un virus que hay en las piscinas / en el gimnasio

A: reina / es que lo recoge ella todo

PO: eso no tiene importancia / hay que hacerle / pues eso / una formulita para que no le suden tanto los pies / que le sudan mucho // porque esto / su contagio se facilita mucho por por la hiperhidrosis / por el sudor del pie / e ir controlando / y un seguimiento / porque claro / está en una edad donde el cambio hormonal / el exceso de sudor / el / todo eso propicia mucho la aparición de la enfermedad

4. La construcción de la relación clínica y personal

A lo largo de las páginas anteriores hemos tenido ocasión de hacer algunas observaciones sobre la empatía que se intenta establecer entre podólogo y paciente, como dimensión socioemocional y como condición de sinergia para la cooperación en las finalidades de la relación clínica que se inicia con la primera visita. El podólogo construye su imagen sobre la base de la competencia profesional y de la fiabilidad personal. Ambas vienen avaladas a menudo por el conocimiento “de oídas”, por la opinión que sobre su actuación circula entre la comunidad, una colectividad con interrelación de red bastante densa. Pero el *ethos*, en el sentido de Maingueneau (2002), como garante de su imagen, se configura, más allá de la eficacia de su actividad clínica, por medio de los siguientes factores discursivos:

A) Escucha atenta de las demandas de los pacientes y de la relación de su sintomatología

B) Dominio de la terminología propia y expresión de sus conocimientos de medicina general y farmacopea

C) Explicación didáctica de la etiología y la terapéutica de los problema presentados

D) Respeto a la libertad de decisión del paciente, una vez informado, e interés por evitarle gastos innecesarios

E) Equilibrio entre la distancia de poder que corresponde a su rol y la familiaridad solidaria en el trato, factores que se manifiestan en el grado de asertividad de su estilo expresivo, en la selección de códigos cuando se trata de pacientes bilingües y en la gestión del tratamiento de usted o el tuteo

F) Habilidades conversacionales y sentido del humor.

Los pacientes, por su parte, se muestran más o menos cooperativos, responden normalmente con deferencia al trato recibido, participan en la gestión del bilingüismo cuando este se produce y, en muchos casos, del paso al tuteo. Suelen responder positivamente a las intervenciones humorísticas y a veces las realizan ellos mismos, incluso con rasgos de autoironía que parecen destinados a neutralizar la tensión de la interacción o a aparentar escasa preocupación por sus dolencias o achaques.

Una apreciación importante que deseamos hacer constar es la tendencia general por ambas partes a construir una relación de cooperación, respeto y *reconocimiento* mutuo, en el marco de comunidades con alto grado de interrelación y con restos de un origen rural. Mediante algunos de los recursos discursivos que hemos observado, podólogo y paciente tejen una relación cooperativa donde, por una de las partes, prima la confianza en el profesional e incluso la difusión de su saber hacer en la comunidad, y por la otra se aseguran valores como la confidencialidad, el empeño curativo o paliativo y una consideración personal que implica el reconocimiento de los valores del paciente, más allá de su posible deterioro físico, de descuidos higiénicos o de la eventual falta de aplicación de los remedios sanitarios que otros profesionales le hayan prescrito en ocasiones anteriores.

5. Reflexiones finales

En primer lugar, señalaríamos el alto grado de institucionalización de la relación clínica del tipo de la que hemos estudiado, en el marco de los hábitos sanitarios de la sociedad española y en concreto de la sanidad privada, aun cuando la profesión de podólogo está experimentando una profunda reestructuración en los últimos años, con el tránsito de la figura del callista inserto en un paradigma paternalista hacia un modelo más tecnologizado. Por nuestra parte, hemos analizado el entorno social de los lugares de donde procede nuestro corpus y el contexto situacional inmediato de las entrevistas podológicas estudiadas, a fin de analizar algunos factores preconstruidos que configuran las relaciones entre los individuos y su entorno.

Hemos caracterizado, así, el género discursivo de las *primeras entrevistas podológicas*, que tiene sus especificidades respecto a visitas no primeras y respecto a otros tipos de entrevistas clínicas. Se trata de un género de texto indexado a unas prácticas sociales determinadas, lo cual selecciona una temática particular y una secuenciación fuertemente ritualizada, sobre todo por lo que se refiere a la exploración verbal del paciente.

En lo que respecta a la arquitectura textual, hemos destacado algunos fenómenos como el cambio de código, la función del humor, la didacticidad

que escenifica la apertura de la comunidad discursiva especializada, los tipos de discurso o de secuencias que predominan en la producción verbal de los pacientes en ciertas fases de la entrevista, o algunos casos complejos de asunción de la responsabilidad enunciativa, en especial por lo que se refiere a las intervenciones de los acompañantes.

Un campo de trabajo interesante es el de las relaciones entre el discurso y las acciones generales que tiene lugar durante las sesiones. Por una parte, hemos examinado la función de las intervenciones verbales que se superponen a la serie de actividades físicas realizadas en la consulta, y por otra parte hemos visto algún caso en que el discurso modela ciertas figuras interpretativas de la acción. Todo este ámbito epistemológico corresponde sin duda a uno de los aspectos que más atención reclaman del ISD actualmente.

Por lo que respecta a las mediaciones formativas, en el campo de las transacciones sociales ajenas a la didáctica estricta, la práctica de estas sesiones constituye un laboratorio para observar la transmisión, elaboración y transformación de las representaciones colectivas previas.

En cuanto al desarrollo personal a través de estas prácticas, quizá el punto más sugestivo sea el de la construcción de la relación empática entre las partes implicadas en las entrevistas podológicas, como condición para el éxito en la resolución de los correspondientes problemas sanitarios individuales, pero también como elemento que coadyuva a la evolución de las prácticas clínicas y de las representaciones de esa actividad profesional basadas en preconstructos dados. Tanto el podólogo como los pacientes (y secundariamente, ayudantes y acompañantes con su papel mediador) configuran, cada uno, su *ethos* propio a través del discurso, y concretamente por medio de los mecanismos de la interacción conversacional (deferencia respetuosa, equilibrio entre poder y solidaridad, capacidad negociadora, complicidades...) con el propósito de garantizar una relación de reconocimiento valorativo mutuo que posibilite la cooperación activa.

Todo ello permite diseñar una perspectiva de futuro para este tipo de investigaciones, sin desdeñar su posible aplicación a la formación profesional de los podólogos o de otros especialistas sanitarios, aun cuando no haya sido este el objeto de nuestro artículo. Sin duda, el género concreto que aquí hemos estudiado permite algunas proyecciones sobre otros géneros de la misma familia o colonia, en el marco de la interacción clínica. Pero, además del rendimiento epistemológico de esta línea de estudio y de su posible aplicación a la formación profesional, no habría que olvidar su capacidad de contribuir al refinamiento y desarrollo de las metodologías elaboradas por el interaccionismo sociodiscursivo.

Referencias bibliográficas

- Ainsword-Vaughn, Nancy (2001) The discourse of medical encounters. In. Deborah Schiffrin *et al.* (eds.) *The Handbook of Discourse Analysis*. London: Blackwell, pp. 453-469
- Borrell, Francesc (1986). *Manual de entrevista clínica*. Madrid: Ed Harcourt-Brace

- Bronckart, Jean-Paul (2004). Commentaires conclusifs. Pour un développement collectif de l'interactionnisme socio-discursif. *Calidoscopio* 2 (2), pp. 113-123
- Bulea, Ecaterina (2007). *Le rôle de l'activité langagière dans l'analyse des pratiques à visée formative*. Thèse de doctorat, Université de Genève
- Macián, Cecili (2004). Historia clínica en ortopodología. In. Queral Subrirana (ed.). *Manual de ortopodología*. Barcelona: EEE, pp. 7-14
- Maingueneau, Dominique (2002). Problèmes d'ethos. *Pratiques* 113/114, pp. 55-68.
- Salvador, Vicent (2002). Discurso periodístico y gestión social de los conocimientos: algunas observaciones sobre la didacticidad. *Anàlisi* 28, pp. 107-120
- Salvador, Vicent & Macián, Cecili (2004). Estratègies de la divulgació sociosanitària: aplicació a l'anàlisi d'un glossari sobre la SIDA. In. *Actas del XXII Congreso Internacional de AESLA. Perspectiva interdisciplinar y tecnologías emergente.*, València: UPV, vol II, pp. 149-158