

**TRABAJO DE FINAL DE GRADO EN TRADUCCIÓN E
INTERPRETACIÓN**

TREBALL DE FI DE GRAU EN TRADUCCIÓ I INTERPRETACIÓ

Departament de Traducció i Comunicació

**LA IMPORTANCIA DEL
CONONOCIMIENTO DE LOS ASPECTOS
PRAGMALINGÜÍSTICOS DE LA LENGUA
META EN LA INTERPRETACIÓN
MÉDICO-SANTARIA**

Autor: Mario Medrano Rubio

Tutora: María Jesús Blasco Mayor

Fecha de lectura: Junio 2018



Resumen:

Este trabajo de fin de grado tiene como objeto resaltar la necesidad de conocer los aspectos pragmalingüísticos de la lengua meta para realizar una interpretación de calidad. Dado que se trata de un tema bastante amplio y complejo, se ha decidido centrar este estudio en un campo concreto de la interpretación: la interpretación médico-sanitaria.

En primer lugar, se explican desde un punto de vista teórico las nociones básicas de la pragmática y, más en concreto, de la cortesía comunicativa. Se incide especialmente en que esta no es un fenómeno universal, sino que cada comunidad la entiende de una forma diferente. Por ese motivo, es necesario ajustarse a los marcadores propios de la sociedad del receptor, para que nuestras intervenciones no sean «malinterpretadas».

En segundo lugar, se observa de cerca la situación de la interpretación médico-sanitaria en nuestro país para comprender mejor la falta de adecuación pragmalingüística en las intervenciones de la mayoría de los intérpretes profesionales.

Más tarde, se presenta la base sobre la que se sustenta este estudio: un formulario realizado por facultativos españoles para conocer las fórmulas de cortesía convencionales que estos utilizan en cada una de las fases de una consulta. Para su confección, se utilizó como patrón las fórmulas empleadas habitualmente por los facultativos ingleses, extraídas de varios libros enfocados a la correcta comunicación médico-paciente. Mediante este estudio, por tanto, se pretende establecer una comparación entre las estrategias de cortesía que se suelen emplear en ambas culturas y trasladar dichos resultados al aprendizaje de la interpretación médico-sanitaria; determinando, así, una serie de estrategias pragmalingüísticas que el intérprete médico-sanitario puede seguir para mitigar la carga impositiva de su discurso al paciente inglés.

Por último, se pretende poner de manifiesto que la obligación de todo intérprete es la de adecuarse a la situación comunicativa y hacer uso de las fórmulas de cortesía pertinentes para no incurrir en un error pragmático. Para ello, es necesario incidir más en la enseñanza de estas estrategias a lo largo de nuestra formación.

Palabras clave:

Interpretación, médico-sanitaria, comunicación, pragmalingüística y cortesía.

Estilo escogido: APA Sexta Edición

Índice

1.- Introducción	3
1.1.- Justificación y motivación	3
1.2.- Contextualización del objeto de estudio	3
2.- Metodología	5
3.- La pragmática: factor esencial en las relaciones interculturales	6
3.1.- La cortesía como rasgo propio de cada comunidad lingüística	6
3.2.- Las estrategias de cortesía	8
4.- Importancia del conocimiento de la cortesía inglesa en la interpretación médico-sanitaria	12
5.- Estudio cualitativo: Cuestionario a facultativos españoles sobre la comunicación en consulta	14
5.1.- Metodología	14
5.2.- Materiales	15
5.2.1.- Análisis de la fraseología convencional utilizada por un facultativo inglés en consulta	15
5.2.2.- Cuestionario a facultativos médicos	17
5.3.- Resultados	18
5.3.1.- Resultados cuantitativos	18
5.3.2.- Resultados cualitativos	19
6.- Conclusiones	23
7.- Referencias	25
8.- Anexos	28

Índice de ilustraciones

Ilustración 1 Género de los participantes	18
Ilustración 2 Edad de los participantes	19

1.- Introducción

1.1.- Justificación y motivación

En mi primera toma de contacto este año con la mediación intercultural son varios los aspectos que me han llamado especialmente la atención; pero, sin duda, aquel que más interés me ha suscitado está relacionado con la tarea de extrapolar información de un contexto cultural a otro de la manera más certera posible.

Esta es una faceta esencial de nuestra profesión en la que no se suele incidir demasiado a lo largo de la carrera; por lo que me gustaría contribuir, en la medida de lo posible, a suplir el vacío que existe con respecto a este tema. He percibido que en español se utilizan códigos lingüísticos muy diferentes a los británicos. Por ejemplo, mientras que la cultura británica recurre fundamentalmente al propio lenguaje para expresarse y es más explícita, en español suelen primar otros tipos de elementos interactivos más gestuales: la expresión facial, los movimientos de las manos... o, incluso, el tono de voz.

En mi afán por mejorar mis técnicas de interpretación, considero que es de vital importancia aprender de este aspecto y ver en qué se diferencian ambas perspectivas lingüísticoculturales. Así pues, he decidido centrar este afán en un campo profesional en concreto: la interpretación médico-sanitaria.

Este estudio pretende analizar los aspectos pragmalingüísticos que nos permiten una comunicación exitosa entre médico y paciente y demostrar que cultura y lengua van íntimamente ligadas en la profesión de la interpretación.

1.2.- Contextualización del objeto de estudio

Con este trabajo de investigación pretendo recalcar la importancia de conocer los aspectos pragmalingüísticos de nuestras lenguas de trabajo, el inglés y el español en este caso, con el fin de realizar una interpretación profesional y adecuada desde el punto de vista lingüístico y cultural. Sin embargo, el estudio de la pragmalingüística es un tema bastante amplio y con una gran diversidad de matices en función de la situación comunicativa a la que nos refiramos. Está claro que un intérprete no se referirá de la misma forma ni utilizará las mismas estrategias de cortesía con un paciente inglés en un hospital que con un detenido inglés en una comisaría porque en algunos contextos priman más unos determinados recursos pragmalingüísticos que otros. Por ese motivo, he

decidido centrar mi estudio en un solo contexto de la interpretación y profundizar en las nociones lingüístico-culturales más relevantes que hemos de tener en cuenta sobre el mismo.

El campo escogido es el de la interpretación médico-sanitaria. Se parte de la hipótesis del inmenso desconocimiento de la importancia de los aspectos pragmalingüísticos en el ejercicio de la interpretación médica en el sector sanitario. La mayoría de los intérpretes contratados no poseen cualificación o acreditación específica en traducción e interpretación médico-sanitaria o ejercen intérpretes *ad hoc* (personal de limpieza, asistentes sociales...) en la consulta, por lo que no es de extrañar que no se preocupen en aplicar las reglas pragmalingüísticas de la cultura del paciente en el curso de su trabajo.

Se trata, además, de un ámbito en el que hemos incidido en gran medida durante el curso en la asignatura TI0954 Mediación intercultural e interpretación en los servicios públicos, y acerca del cual hemos realizado incluso un taller de especialización con una intérprete profesional. Por norma general, el paciente acude en inferioridad de condiciones a la consulta por desconocimiento de la lengua. Además del malestar por la dolencia que puede estar sufriendo, el paciente posiblemente experimente una sensación de indefensa ante un contexto comunicativo insólito para él y vea en nosotros, los intérpretes, su único modo de conocer su diagnóstico o aliviar su padecimiento. En estos casos, es primordial ofrecer una interpretación de calidad desde el punto de vista pragmalingüístico para que el paciente no se sienta atacado o incómodo durante la consulta ni se lleve una imagen errónea del facultativo o del intérprete. Además, dado que en España no se incide en el trato a los pacientes extranjeros durante la formación de los facultativos, es nuestra función como intérpretes saber trasladar el mensaje del médico de forma que se adecúe a las condiciones lingüístico-culturales del paciente.

Por todo ello, pretendo establecer mediante este proyecto las diferencias entre el código pragmático español y el inglés, demostrar la importancia que supone el conocimiento de ambos en nuestra profesión y determinar una serie de estrategias pragmalingüísticas que el intérprete médico-sanitario puede seguir para mitigar la carga impositiva de su discurso durante las diversas fases de la consulta. Por último, trataré de demostrar a modo de objetivo personal que no existen culturas corteses y culturas descorteses, sino sociedades que emplean códigos culturales distintos.

2.- Metodología

La idea de realizar este proyecto surgió a partir de las clases de introducción a la interpretación médico-sanitaria que cursamos en la asignatura citada en el epígrafe anterior. En ellas pudimos visionar algunos vídeos que ejemplificaban mediante una serie de casos reales cuáles eran las funciones de un intérprete sanitario y qué es lo que se espera de él. Dado que uno de los factores que más me llamó la atención fue la necesidad de tener en cuenta las normas culturales del paciente, consideré que sería una buena idea establecer un glosario comparativo entre las expresiones más frecuentes en español y en inglés en cada una de las fases de la consulta médica. Para recopilar tales expresiones en inglés, me basé en dos libros: *Good practice student's book: communication skills in English for the medical practitioner*, de McCullagh, M. y Wright, R. (2008) y *Professional English in Use: medicine*, de Glendinning, E. H. y Howard, R. (2010). Ambas obras tienen como finalidad instruir al facultativo desde el punto de vista comunicativo, por lo que los ejemplos extraídos resultan verdaderamente significativos. Por otra parte, con el objetivo de recabar ejemplos de la forma de comunicarse por convención del médico español en consulta, remití a dos hospitales un formulario que rellenaron algunos facultativos. Para mi sorpresa, las conclusiones que extraje a partir de los resultados a dicho formulario fueron tan reveladoras, que consideré que sería una idea original e interesante establecer en mi proyecto una comparación entre las normas de cortesía que rigen las culturas inglesa y española aplicadas a la consulta médica.

De forma paralela a mi investigación, me documenté acerca del tema de la pragmalingüística y las estrategias de cortesía presentes en nuestra cultura y en la inglesa, a través de la lectura de varios libros y artículos. Como mención especial, el que sustenta la base de mi estudio es el artículo *La cortesía española frente a la cortesía inglesa. Estudio pragmalingüístico de las exhortaciones impositivas*, escrito por Ballesteros Martín, F. J. (2001), puesto que este autor llevó a cabo un estudio similar al realizado por mí en colaboración con mi tutora, cuyas conclusiones me han servido en muchos casos como punto de apoyo en el que basar mis argumentos. Por último, otro artículo que me ha servido de gran ayuda para elaborar el marco teórico de este proyecto es *Revisión y evaluación del modelo de cortesía de Brown & Levinson*, de Carrasco Santana, A. (1999). Gracias a su lectura y posterior análisis, he podido tratar y aportar ejemplos en referencia a un tema tan abstracto como las estrategias de cortesía en ambas culturas.

3.- La pragmática: factor esencial en las relaciones interculturales

La pragmática, según el DRAE, es el estudio del lenguaje en su relación con los hablantes, así como los enunciados que estos profieren y las diversas circunstancias que concurren en la comunicación. Se trata de una disciplina que ha suscitado gran interés durante los últimos años y acerca de la cual se han realizado numerosos estudios. No es un dato que genere demasiada sorpresa si tenemos en cuenta el hecho de que vivimos en un mundo cada vez más globalizado en el que las relaciones humanas con otros países son clave para el éxito económico de los territorios. En este contexto, el desarrollo de unos mecanismos de relación intercultural óptimos se ha vuelto más importante que nunca antes. No basta con saber manejar las competencias lingüísticas y comunicativas en una lengua extranjera para ser conocedores de esta, el factor cultural juega un papel fundamental; ya que nos confiere las señas de identidad de la sociedad en cuestión y estas son completamente necesarias para la integración de los rasgos pragmáticos de dicha sociedad en nuestro aprendizaje. Eso quiere decir, por ejemplo, que antes de viajar a Egipto es necesario saber que en las culturas árabes ha de evitarse el contacto o los gestos con la mano izquierda por considerarse impura; o, en el caso de realizar una estancia en una universidad inglesa, que los alumnos deben siempre dirigirse a sus profesores de *Mr.* Saber en ese tipo de situaciones los marcadores de cortesía que rigen la sociedad en la que nos encontramos, puede salvarnos de más de un apuro o malentendido cultural.

3.1.- La cortesía como rasgo propio de cada comunidad lingüística

Escandell Vidal (2006: 136) define la cortesía como un «conjunto de normas sociales, establecidas por cada sociedad, que regulan el comportamiento adecuado de sus miembros, prohibiendo algunas formas de conducta y favoreciendo otras: lo que se ajusta a las normas se considera cortés, y lo que no se ajusta es sancionado como descortés». Según esta definición, la cortesía no es un fenómeno universal sino que cada comunidad la entiende de una forma concreta. En la misma línea de opinión que la autora, Barros García (2008) señala que «sus formas y condiciones de aplicación cambian de una sociedad a otra»; y es que, efectivamente, la cortesía no se percibe de la misma forma en todos los lugares del mundo. Lejos de existir unas reglas de conducta y trato establecidas como prototipo para todas las culturas, estas no obedecen a patrón alguno. Por esa razón,

un mismo acto de habla puede considerarse cortés en un determinado contexto mientras que en otro, no. Lo que sería erróneo, en cambio, sería establecer por esa regla que una cultura sea más cortés que otra. Ballesteros Martín (2001) realizó una investigación muy interesante en este terreno y sostiene que no es posible demostrar de forma objetiva que una cultura sea más cortés que otra, puesto que esta sensación acerca de una cultura diferente a la nuestra deriva de errores pragmáticos; y esos errores tienen su raíz en las diferentes visiones del mundo que poseen los modelos culturales que rigen dichas sociedades. Una misma situación, tal y como demuestran Richards y Sukwiwat (1985), puede requerir respuestas diferentes en países distintos. De esta forma, el halago que suele recibirse en inglés con una muestra de agradecimiento, debe ser respondido con el silencio o con una disculpa en la cultura tailandesa.

Por otra parte y dado que las diferencias de código pragmático están estrechamente relacionadas con las de código cultural, estos tipos de errores pragmáticos cometidos con frecuencia en otras comunidades lingüísticas desafortunadamente parecen resultar suficiente para calificar a una comunidad de maleducada. Briz Gómez (2002), por ejemplo, manifiesta que uno de los principales motivos por el que los extranjeros piensan que los españoles somos maleducados reside en que nos expresamos de una forma muy imperativa, sin rodeos. Otro factor determinante para esta suposición reside en la toma de turnos del español. En la cultura inglesa, los turnos en un diálogo son mucho más fijos e inalterables. Generalmente, el oyente espera en silencio a que el interlocutor finalice su intervención antes de contestarle y que los papeles se intercambien. Sin embargo, el intercambio de turnos en una conversación en español es mucho más libre y versátil. Briz Gómez (2002), precisamente, realiza un estudio acerca de la cortesía apreciable en la toma de turnos de una conversación entre españoles, a raíz de la tendencia cultural a que los interlocutores se interrumpen los unos a los otros, y recalca que ello no quiere decir que exista el deseo de robar el turno al otro:

En su intento de colaborar con la negociación, de demostrar el interés sobre lo que se está diciendo, de mostrar su atención, el español interviene y solapa su intervención con la del interlocutor que tiene el turno. No siempre tiene la intención de robar el turno, ni siquiera de interrumpir, sino que va completando, reafirmando, valorando lo dicho por el interlocutor, incluso a veces parece querer terminar lo enunciado por este. ¿Puede interrumpirse esto, como señalaba un

extranjero recién llegado a España, como falta de cortesía? Por supuesto que no. (Briz Gómez 2002: 31)

Algunos autores como Bañón Hernández (1997) establecen al respecto que aquellos que interrumpen el discurso del interlocutor en un diálogo demuestran poder frente a este. Sin embargo, personalmente me inclino más por el punto de vista de Briz Gómez y considero estos solapamientos e interrupciones como manifestaciones de cortesía en nuestra cultura. Si alguien nos para por la calle y nos pregunta el camino más rápido al centro de la ciudad, a nadie le extraña que la otra persona repita en voz alta los pasos que le indicamos para llegar a su destino a medida que vamos marcándoselos. De hecho, podemos incluso considerarlo como una muestra de educación y atención, ya que nos está revelando su interés por entender todas nuestras indicaciones.

Ballesteros Martín (2001), por su parte, también manifiesta que existe la tendencia a catalogar a los hablantes españoles de «menos corteses» que los ingleses a causa de usar con asiduidad estrategias de cortesía positiva, a diferencia de los nativos ingleses, que tienden a servirse de estrategias negativas. Estas estrategias fueron establecidas por los sociólogos Brown y Levinson (1987), considerados los principales teóricos de la cortesía. Carrasco Santana (1999) elabora un artículo de revisión de los hallazgos en el terreno de la cortesía por parte de estos dos autores y ofrece una explicación bastante clara y detallada del modelo estratégico propuesto por ambos.

3.2.- Las estrategias de cortesía

Para empezar, Carrasco Santana (1999) explica que Brown y Levinson (1987) parten del concepto de *imagen* para establecer su modelo. Todos contamos con una imagen pública que deseamos mantener intacta, y el mejor modo de hacerlo no es otro que respetando la del resto. Dado que la imagen es frágil y determinados actos pueden dañarla, resulta conveniente evitarlos para no ponerla en peligro y, por ende, las relaciones con los demás. Nuestra imagen pública consta de dos caras: la positiva y la negativa. En palabras del mismo Carrasco (1999): «la primera expresa el deseo de ser aceptado socialmente, la segunda el deseo de poder ejercer la libertad individual de acción», y, precisamente, la *cortesía positiva* y la *cortesía negativa* nacen de la protección de estos dos tipos de imagen respectivamente. En otras palabras, podríamos decir que en la cortesía negativa importa más el *qué se dice*, mientras que en la cortesía positiva prevalece el *cómo se dice*. Esta última es la generalmente utilizada en nuestra cultura, al

igual que en otras sociedades occidentales. En nuestro caso, la cortesía verbal actúa como una mera norma de relación, no adquiere la importancia que se le da en otros países. Podríamos incluso hablar de *cortesía desinteresada*, afirma Carrasco Santana (1999), frente a la *cortesía* necesariamente *interesada* del modelo inglés, vista como un recurso necesario para proteger la imagen personal del riesgo que supone hacer una solicitud o dictar una orden al otro. La cortesía en esta sociedad tiene, por tanto, una función mitigadora: la función de mitigar la carga impositiva del discurso. Para comprender mejor esta idea, tomemos un ejemplo desde dos perspectivas distintas: a un ciudadano le roban la cartera y acude a comisaría para denunciar su robo. Allí, le remiten a un despacho para que cuente lo ocurrido. Observemos cuál sería la frase utilizada por el policía para comenzar la conversación tanto si el caso tuviera lugar en España como en Reino Unido:

Buenos días, dígame qué le ocurre.

Good morning. What brings you here today?

En este ejemplo, vemos de forma clara la función atenuante de la cortesía inglesa. El hablante inglés necesita recurrir a determinados mecanismos para aminorar la carga impositiva de su discurso con el fin de proteger su imagen pública. Para ello se sirve a menudo de tácticas indirectas más transigentes y edulcoradas, como es el caso del ejemplo: el policía le pregunta al ciudadano qué le trae por allí para evitar *exigirle* que le cuente lo ocurrido. De hecho, este último podría sentirse recriminado o incómodo en el despacho si el policía le dijera nada más llegar: «*Tell me what happened*». En español, sin embargo, este tipo de imperativos no son vistos de una forma tan amenazante, puesto que no son considerados imposiciones. Ballesteros Martín (2001) afirma que los españoles prefieren utilizar estrategias sintácticamente más directas cuando realizan peticiones y dan órdenes, algo que resulta demasiado impositivo para los ingleses. De la misma forma, por tanto, utilizar expresiones atenuadoras como *por favor* o *si no le importa* en nuestra cultura no es necesario en la misma medida que sí lo es el uso del *please* o el *would you mind* en inglés. De hecho, el uso innecesario de estos mecanismos de cortesía en español podría llegar a producir el efecto contrario en determinados contextos comunicativos y derivar en una «hipercortesía» por parte del hablante, haciendo sentir incómodo al interlocutor por ese fallo de adecuación, como indica Kerbrat-Orecchioni (2004). Los autores Hickey y Vázquez Orta (1994) ofrecen en su obra también su punto de vista al respecto:

Towards their in-group, Spaniards behave with spontaneity and enthusiasm and tend to express their feeling overtly. Members of the same in-group see it as their duty to help and support each other, both morally and financially, so they find no obvious reason for thanking or apologizing, except for something they conceive of as being very serious or beyond the normal duties of the performer of the action. (Hickey y Vázquez Orta 1994: 280)

Los mismos autores realizan, a continuación, una descripción opuesta de los patrones de conducta observados en los británicos. Estas declaraciones quizá puedan basarse en generalizaciones; sin embargo, plasman en gran medida la naturaleza característica de ambas culturas. Es posible que esta percepción esté variando durante los últimos años, sobre todo si fijamos nuestra atención en las nuevas generaciones, pero puesto que la fraseología recogida en nuestro estudio tanto en español como en inglés concuerda con estas declaraciones, parece que siguen siendo válidas aún:

In England, cultural norms demand a more distant system of behaviour [...] Thus, requests are comparatively more sparingly employed, since they are perceived to a greater extent as impositions and they are preferably expressed more elaborately and indirectly. Verbalizations of thanks and apologies are imperative even for minor relevant situations and among members belonging to the same in-group. (Hickey y Vázquez Orta 1994: 281).

Por otra parte, Ballesteros Martín (2001) manifiesta que además del atenuante perceptible en los actos de habla de los ingleses, cabe destacar su tendencia a dar rodeos para ser lo más «políticamente correctos» posibles, hecho que en determinados contextos puede hasta llegar a tacharse de falta de claridad en nuestra cultura. Tratemos de analizar esta idea mediante otro caso ejemplificativo en ambas culturas: un hombre se enciende un cigarro en un restaurante sin ser consciente de que no está permitido fumar en esa parte del local. A los pocos minutos se acerca el camarero para advertirle de ello. Observemos la forma en que podría variar el mensaje del camarero de la cultura española a la inglesa:

Disculpe señor, pero aquí no se puede fumar.

Excuse me sir, but we're in a non-smoking room.

En este ejemplo ficticio podemos apreciar la evasiva a la que nos hemos referido previamente. El camarero inglés rehúye mencionar al cliente que no está permitido fumar

en el local y para transmitir esta idea prefiere comentar que se encuentran en un lugar libre de humos. Esta táctica puede interpretarse como un modo de proteger su imagen y no sonar demasiado amenazante. De todas formas, es erróneo pensar que estas estrategias son únicamente propias de la cultura inglesa. No es necesario decir que estos rodeos también están presentes en nuestra cultura como atenuantes de la severidad de nuestro discurso. A lo que se refiere Ballesteros Martín (2001) mediante esta apreciación es a que se recurre en mayor medida a este tipo de técnicas en la cultura inglesa.

Otro aspecto que cabe resaltar de las estrategias de cortesía positiva está íntimamente relacionado con el *cómo* se dicen las cosas, el cual ya hemos mencionado anteriormente, y no es otro que el lenguaje no verbal. La cultura española, por ejemplo, como usuaria masiva de estas estrategias, es altamente expresiva y a menudo es más relevante la información ofrecida por medio de gestos o miradas que el discurso en sí. Además, el contacto físico está a la orden del día en las relaciones humanas y, lejos de resultar intimidante, se percibe como un mecanismo de acercamiento y simpatía. El caso contrario ocurre con las sociedades anglosajonas en las que los individuos, a grandes rasgos, son más celosos de su intimidad que en otras como la española, tal y como sostiene Carrasco Santana (1999). El autor también hace referencia al hecho de que muchas de las actuaciones de cortesía que se producen en nuestra cultura no llevan implícito el deseo de proteger la imagen ni tampoco son, necesariamente, medios para alcanzar los fines que desea el emisor. Simplemente se trata de una muestra de la actitud positiva que nos caracteriza con respecto al otro, incluso entre miembros de diferentes esferas sociales. Podemos establecer, pues, que esta estrategia de cortesía positiva busca un trato más cercano de tú a tú entre individuos de la misma sociedad sin importar que pertenezcan a clases sociales distintas. Este es un detalle importante que cabe resaltar, dado que Carrasco Santana (1999) explica también que el planteamiento de Brown y Levinson respecto a esta relación de poder es el de que cuanto más distancia social exista entre los interlocutores, mayor será la presencia de la cortesía en las intervenciones de aquel que se encuentre en un peldaño inferior de la escala jerárquica. A esta afirmación, Carrasco Santana (1999) añade que mientras que en las sociedades en las que priman las estrategias de cortesía negativa la distancia está más presente en las interacciones humanas; las sociedades en las que prima la cortesía positiva tienden a promover la igualdad y darle menos valor a la distancia social. Este fenómeno en nuestra sociedad lo explica de la siguiente forma:

Por otro lado, no podemos dejar de mencionar que hay una tendencia en la sociedad española, desde hace unos años, a simplificar los usos lingüísticos con el fin de hacer más flexible la estratificación social y procurar que resulten más fluidas las relaciones humanas, que no son sino la expresión del deseo de una mayor igualdad entre los individuos. Esto no significa una desaparición de la cortesía, sino una adecuación de la misma al contexto social, que actúa con dos objetivos: procurar un mayor acercamiento entre los interlocutores, que facilite un ambiente más armonioso y distendido, y, por otra parte, proteger la imagen de quien está sometido a la autoridad no manifestando supeditación al otro. (Carrasco Santana 1999: 34)

A modo de conclusión podemos establecer que nuestra cultura es mucho más versátil en el ámbito de las interacciones humanas que la sociedad inglesa. El tuteo es un ejemplo claro de ello. No resulta extraño en absoluto ver como jefe y empleado, profesor y alumno o médico y paciente obvian la distancia social que los separa y simplifican sus usos lingüísticos tuteándose. En algunos casos, puede resultar extraño en función del contexto, pero rara vez incómodo para los interlocutores. Sin embargo, esta situación no resulta tan habitual en la sociedad inglesa, acostumbrada a unas normas sociales más fijas y rígidas, por así decirlo, entre individuos sin un vínculo de confianza previo. Por ese motivo, es muy importante conocer las estrategias de cortesía que hemos de seguir al interpretar para clientes anglosajones. A continuación, procederemos a indagar en la importancia del estudio de esta cortesía en la profesión de la interpretación.

4.- Importancia del conocimiento de la cortesía inglesa en la interpretación médico-sanitaria

La calidad de la interpretación en el ámbito médico-sanitario es un tema crucial en una sociedad marcada por la globalización y el multilingüismo. Las propiedades climatológicas y económicas de nuestro país promueven el fenómeno conocido como «turismo de salud» y su situación demográfica fomenta la llegada de inmigrantes procedentes de África o Latinoamérica que se desplazan en busca de mayor calidad de vida. Todos estos factores favorecen la diversidad cultural en nuestro país y la presencia de pacientes extranjeros que requieren el mismo trato profesional y personal que reciben los pacientes nativos. Sin embargo, pese a que esta afirmación parezca evidente y obvia,

no se cumple la gran mayoría de las veces. Gavlovyeh (2017) realizó una revisión de la situación de los servicios en el contexto del turismo de salud en la Comunidad Valenciana y tras analizar los resultados de diversos proyectos de investigación acerca de la migración confirma que los pacientes inmigrantes reciben como promedio una peor asistencia médica en comparación con los pacientes autóctonos. Al preguntar a los propios pacientes cuáles eran los inconvenientes con los que se habían encontrado, estos argumentaron que el principal de todos era la dificultad de comunicación relacionada con la lengua y la cultura. Esta situación, naturalmente, está provocada por el desconocimiento de la profesión del intérprete, de los derechos que les asisten como pacientes y el intrusismo laboral imperante en el sector. Las empresas consideran que cualquier persona que afirma poder comunicarse de forma fluida en dos o más lenguas (sin formación o acreditación alguna en las disciplinas de traducción e interpretación) puede ocupar sin problemas el puesto de intérprete médico-sanitario. De esta forma se procede a contratar intérpretes que no están cualificados para desempeñar una labor de tal magnitud y relevancia. De modo que si ni siquiera se llega a cumplir con unos estándares básicos de profesionalidad en los centros sanitarios de nuestro país, no se puede esperar que dichos intérpretes conozcan y adapten su discurso siguiendo los códigos pragmalingüísticos propios de las culturas de los pacientes a los que han de interpretar.

Por ese motivo, es de vital importancia incidir en que el papel del intérprete como conocedor de las normas culturales de la sociedad de la que procede el paciente es fundamental para lograr un trato correcto y profesional con este. Si aplicamos la teoría que sostiene Clyne (1994) a nuestra función de intérpretes médico-sanitarios, esta nos ofrece el mismo punto de vista: debemos ser nosotros los responsables de ejercer el papel de agentes de la comunicación intercultural y ajustarnos a los códigos pragmáticos del paciente inglés, en este caso. Se nos insta, por tanto, a actuar como puente de enlace entre médico y paciente adoptando en el discurso las reglas lingüísticas de la comunidad de la que procede este último. No es papel del médico en ningún caso hacer uso de estas reglas puesto que ni ha recibido formación para ejercer de intérprete, ni tiene por qué ser conocedor de cuál es la forma correcta de dirigirse al paciente, darle órdenes o hacerle peticiones según su cultura. Los errores pragmáticos por desconocimiento de las reglas de cortesía del paciente pueden parecer errores menores; sin embargo, tal y como afirma Ballesteros Martín (2001), pueden provocar intermitencias en el discurso o incluso la

ruptura del canal de comunicación. Gavlovyh (2017) también hace referencia a esta idea en su estudio, y establece que la falta de conocimiento acerca de la trascendencia y las consecuencias que puede acarrear una interpretación deficiente en inglés, cuando el intérprete no posee la necesaria cualificación lingüística y cultural para poder abordar su labor de la forma más apropiada y eficaz, es un factor socioprofesional que dificulta el reconocimiento de la profesión del intérprete sanitario. Hymes (1986) resume esta idea de la siguiente forma: “One has to know the social structure in which the forms of utterance occur and the cultural values which inform that structure” (p.79-80).

De tal forma, se puede concluir que un paciente inglés no respondería con la misma naturalidad a las órdenes de un médico que uno español. Algo que a nosotros no nos resulta siquiera una orden, puesto que estamos acostumbrados a un tipo de normas pragmáticas muy directas, puede ser visto como un mandato demasiado impositivo en la cultura inglesa. Del mismo modo, a la inversa, si nosotros acudiéramos a una consulta en Reino Unido, quedaríamos desconcertados ante el exceso de diligencia latente en las intervenciones del médico.

5.- Estudio cualitativo: Cuestionario a facultativos españoles sobre la comunicación en consulta

5.1.- Metodología

El objetivo primordial del estudio empírico es conocer las fórmulas de facultativos españoles e ingleses y compararlas para trasladar dichos resultados al aprendizaje de la interpretación médico-sanitaria. Para ello se planteó la extracción de la fraseología convencional utilizada en una consulta médica española a partir de libros y revistas médicas, de la misma forma que se hizo para recopilar esta fraseología en inglés. Sin embargo, dada la imposibilidad de encontrar obras que se centraran más en el *qué decir al paciente* que en el *cómo decírselo*, se probó a recoger dicha fraseología de un producto televisivo. La serie en cuestión es Centro Médico, una serie documental de ficción gestionada por Televisión Española (TVE) y que narra casos médicos reales. La serie consigue unir la ficción de las tramas establecidas entre médicos y pacientes para captar la atención de la audiencia con la autenticidad de las consultas que se llevan a cabo, puesto que los guiones están escritos por profesionales que ejercen también como médicos. De esta forma, los vínculos personales entre los personajes no son más que un atrezo a la

verdadera función educativa de la serie, a diferencia de otras series médicas cuyos guiones están enfocados más bien al melodrama. Por este motivo, me puse en contacto con Paloma Borregón, la coordinadora del equipo de guionistas, a fin de que me enviara, en caso de que fuera posible, los guiones de algunos capítulos de la serie y basar mi estudio fraseológico en las intervenciones de los médicos de la serie. Sin embargo, no pude acceder a estos por motivos de confidencialidad. Así pues, siguiendo la sugerencia de mi tutora, elaboré un formulario dirigido a facultativos para conocer la forma en que se expresa un médico español en una consulta.

El cuestionario se administró en dos hospitales distintos de la Comunidad Valenciana por medio de dos conocidos y se estableció un plazo de tres semanas para rellenarlo de forma completamente anónima. Este consta de 30 preguntas y, además de recoger datos tales como el sexo y la edad de los participantes, busca que los facultativos formulen la cuestión o petición que realizarían a sus pacientes según las diversas situaciones hipotéticas propuestas en una consulta. En sus respuestas, los encuestados debían ajustarse lo máximo posible a la realidad y expresar aquello que creen que dirían en una consulta real (no aquello que piensen que sería preferible decir). El recuento total de cuestionarios recogidos ha sido de 13.

5.2.- Materiales

5.2.1.- Análisis de la fraseología convencional utilizada por un facultativo inglés en consulta.

Se ha procedido a la búsqueda y selección de textos sobre comunicación médico-paciente en inglés para realizar la extracción de la fraseología más frecuente en una consulta inglesa convencional. Para ello se han escogido dos libros orientados a la mejora de las aptitudes comunicativas del facultativo inglés: *Good practice student's book: communication skills in English for the medical practitioner*, de McCullagh, M. y Wright, R. (2008) y *Professional English in use: medicine*, de Glendinning, E. H. y Howard, R. (2010).

Si observamos atentamente las muestras recogidas, percibimos una alta presencia de fórmulas de cortesía en ellas. Lakoff (1972), que trató los problemas de la ambigüedad y la susceptibilidad de la lengua inglesa, en uno de sus artículos, bautizó la palabra *hedge* como «término para referirse a aquellas palabras o fórmulas cuya función es la de mitigar la grosería o la desconsideración de nuestro habla». Con ayuda de la clasificación que

realiza este autor en torno al *hedging* y la enumeración de estrategias de ruego y mandato de la cultura inglesa que redacta Ballesteros Martín (2001), he establecido una lista de las fórmulas de cortesía más utilizadas por los facultativos en esta cultura y cuyo conocimiento es esencial en caso de dedicarnos a la interpretación médico-sanitaria. A continuación, procederé a exponerlas y ejemplificarlas con muestras de la fraseología extraída de las obras previamente mencionadas:

- 1- Verbos léxicos que expresan opinión (*seem, tend, appear...*)

Well, it appears to me that you've got a...

- 2- Verbos modales (*may, might*)

May I ask you if you are having any trouble with your waterworks?

This might hurt a little but I'll be quick.

- 3- Algunos adverbios (*probably, perhaps*)

I'm just going to put some gel on your abdomen. You will probably find it a bit cold.

- 4- Declaraciones de deseo (*I'd like you to, I wish...*)

I'd like you to sit up with your legs stretched out in front of you.

- 5- El tiempo condicional

What would you like to discuss today?

Could you show me where it hurts?

- 6- Propositiones con la conjunción *if*

If you could just recline on the stretcher and flex your right knee...

If you don't mind, I'm just going to feel your shoulder for any fractures.

I wonder if you could give me your full name and telephone number, please, just in case we need to call you back at any point.

- 7- Uso del adverbio *just* con valor enfatizador

If you could just recline on the stretcher and flex your right knee...

8- Uso del modo performativo

I have to ask, are you currently on any medications at all?

9- Declaración de obligación

I'm sorry to have to tell you that the news isn't good.

10- Excesiva ornamentación de las frases

In order to have a more detailed picture of things, could you please tell me about any illnesses you might have had in the past?

Let me ask you if there is a history of breast cancer in your family.

Finalmente, los dos autores hacen referencia a varios tipos más de *hedging* o fórmulas mitigadoras que no quedan reflejadas en la fraseología de mi estudio, pero que resultará interesante mencionar: el uso de frases impersonales, la voz pasiva y las expresiones *why don't you* y *what about if* como fórmulas de sugerencia.

5.2.2.- Cuestionario a facultativos médicos

Se elaboró un cuestionario dirigido a facultativos españoles a partir de un muestrario de la fraseología recopilada en inglés. El objetivo era que facultativos españoles reprodujeran expresiones equivalentes a las frases en inglés que escogí, ofreciéndoles situaciones hipotéticas en las que tuvieran que utilizar dichas expresiones. De esta manera, pude cotejar las fórmulas de cortesía perceptibles en una consulta médica en ambas culturas. Para consultar dicho formulario, ver Anexo VIII.

El formulario no contempla respuestas extraídas de una situación verdaderamente “natural”, ya que las intervenciones no han sido grabadas durante una consulta real. Además, se ha de tener en cuenta que en un diálogo tanto los ruegos como los mandatos pueden durar más de un turno conversacional, posibilidad que no recoge el formulario. A todo ello, asimismo, cabe sumarle el hecho de que los participantes han contado con tiempo suficiente para pensar una respuesta más cercana al ideal que cualquier médico tendría en mente que a su frase más frecuente, a pesar de haberles rogado que ofrecieran respuestas lo más realistas posible. Se trata de un proceso de idealización que tiene lugar al tratar de reescribir un mensaje emitido oralmente con anterioridad, según se explica en algunos estudios acerca de las diferencias, carencias y deficiencias de «lo oral respecto a lo escrito y de lo escrito respecto a lo oral» (Gauger 1996, Briz Gómez y Serra (1997).

Sin embargo, este último aspecto más que considerarse una desventaja, puede verse como un aspecto positivo. Teniendo en cuenta que los glosarios en inglés que se han confeccionado para este proyecto contienen frases estereotipadas que un alumno británico podría utilizar como base de su trato al paciente en cada una de las fases de las que consta una consulta, también sería posible elaborar un glosario de la fraseología prototípica que utilizaría un médico español en consulta a partir de las respuestas recogidas.

5.3.- Resultados

5.3.1.- Resultados cuantitativos

En primer lugar, cabe resaltar que más de tres cuartas partes de los facultativos que se han prestado a rellenar el formulario son mujeres; concretamente, el 76,9%. El 23,1%, por tanto, son hombres, ya que ningún participante se ha negado a revelar su género.

1.- Género

13 respuestas

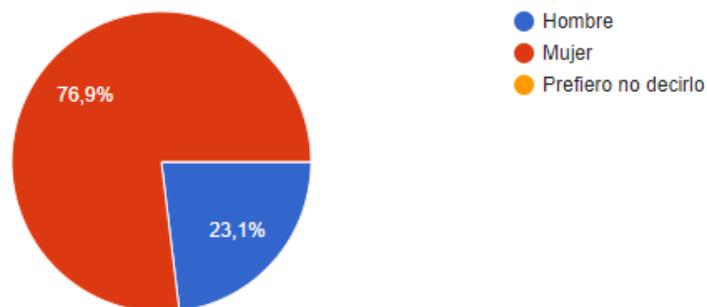


Ilustración 1 Género de los participantes

Por otra parte, llama especialmente la atención la gran diversidad de edades de los participantes en este estudio: desde un alumno o alumna en prácticas con 22 años hasta facultativos de 62 años. Tras llevar a cabo la media aritmética de todas las edades, podemos establecer que la edad media de los encuestados es de 36 años. En la siguiente ilustración quedan reflejadas las edades de todos ellos.

2.- Edad

13 respuestas

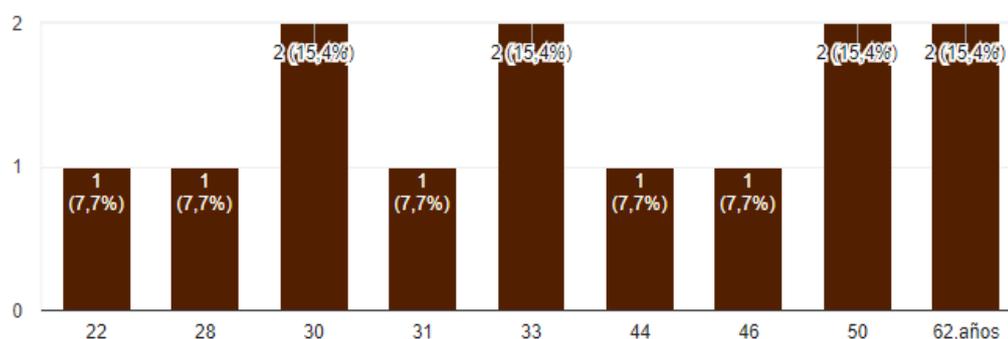


Ilustración 2 Edad de los participantes

5.3.2.- Resultados cualitativos

Es necesario resaltar que todos los participantes en la encuesta se han ceñido taxativamente a lo requerido y, por tanto, no ha sido necesario desestimar ninguna respuesta. Sin embargo, a pesar de que se ha recopilado una gran cantidad de resultados, se ha seleccionado un muestrario de los más representativos para este estudio, por motivos de extensión del proyecto. A continuación, procederemos a analizar las respuestas recibidas para cada una de las cuestiones del formulario. En caso de que se desee consultar todas las respuestas dadas por los encuestados al completo, acudir al Anexo VIII.

En primer lugar, se les preguntó a los encuestados si se presentaban al paciente antes de comenzar la consulta, en caso de que no lo conocieran. De las 12 respuestas recibidas, 7 admitieron que se presentan, y algunos de los encuestados alegaron que realizan este protocolo por educación o para entablar confianza con el paciente y crear un ambiente de cercanía. De esta forma, el paciente podría mostrar menos temor a relatar algún hecho íntimo y mejoraría en gran medida la comunicación y la comprensión médico-paciente. Sin embargo, otros 5 niegan presentarse ante un paciente desconocido, y como motivo, 2 de ellos aducen, entre otras razones, a que el cartel de la consulta ya indica el nombre del facultativo, por lo que no es realmente necesario. Otro de los encuestados, sin embargo, afirma que en algunos casos simplemente dice su nombre, pero no suele ser lo habitual.

En segundo lugar, se les preguntó si se dirigían de usted al paciente y, en este caso, todos los encuestados estuvieron de acuerdo en que sí. Los motivos por los que lo hacían

eran diversos: 3 de ellos admitían que se dirigían de usted a todos sus pacientes, por respeto, independientemente de la edad; otros 4 mantenían que lo hacían por respeto, pero tan solo a los pacientes ancianos (a lo más jóvenes se permitían tutearlos); otros 3 alegaban que por educación o falta de confianza (1 de ellos incluso admitía que en consultas sucesivas solía utilizar el tuteo porque ya se había establecido confianza entre ambos); y, finalmente, 2 de los encuestados contestaron que lo hacían en función de la ocasión, y que solían fijarse en factores como la edad o la confianza, también, para hacerlo o no.

Más tarde, se procedió a proponerles las situaciones hipotéticas para conocer cuál sería el acta de habla más frecuente en cada caso. A la pregunta 5 sobre cómo le preguntarían al paciente lo que le ocurre nada más empezar la consulta; de los 13 encuestados, 10 reproducen una pregunta que incluye un verbo imperativo, siendo el verbo utilizado mayoritariamente “cuénteme” (7), seguido de “dígame” (3), y dos personas eligen el modo narrativo para contestar a la pregunta (“Le doy los buenos días/tardés, y le pregunto qué le ocurre”). Solo dos personas manifiestan saludar, una con “le doy los buenos días/tardés” y la otra manifiesta que además de saludarle verbalmente le da la mano.

En la fase de determinación de los síntomas, 12 facultativos respondieron a la pregunta 8, en la que debían escribir cómo le preguntarían al paciente dónde suele dolerle cuando sufre jaquecas. Resulta verdaderamente significativo observar cómo 7 encuestados reproducen una oración que incluye un verbo imperativo, siendo el verbo utilizado mayoritariamente “señáleme” o “señale” (6), seguido de “dígame” (3). Otras tres personas preferirían preguntarle al paciente qué zona de la cabeza suele dolerle más y, tan solo, un facultativo utilizaría el condicional para pedirle al paciente que se señale la parte de la cabeza que suele dolerle (“¿Podría usted señalarse dónde ubica el dolor?”).

En la pregunta 10 nos interesaba saber qué preguntarían al paciente para saber lo que le suele ocurrir cuando sufre uno de estos ataques de jaqueca. De las 12 respuestas recopiladas, 6 de ellas son verdaderamente descriptivas (“¿Siente algo aparte del dolor? ¿Se marea? ¿Siente náuseas?/ ¿Se acuerda de si pasó algo antes de dolerle la cabeza? Por ejemplo, ¿le dieron náuseas, veía lucecitas, cosas así?...”), muestras idóneas de la tendencia española a que el médico interroge al paciente antes de permitirle narrar sus síntomas. Observamos, también, que algunas respuestas son claras y concisas, hasta el punto en que un encuestado ha llegado a escribir simplemente: “¿Qué siente?”. Tan solo

un facultativo vuelve a utilizar el condicional en esta pregunta, logrando, así, a diferencia del resto, no sonar demasiado directo (“¿Podría explicarme cómo es el dolor y si le pasa algo más durante los episodios de jaqueca?”).

En la pregunta 15, los facultativos debían ofrecer un acto de habla para expresar cómo le preguntarían al paciente si en su familia existen antecedentes de cáncer de mama. Tras analizar los 12 resultados, podemos determinar que ningún encuestado ha requerido necesario utilizar alguna fórmula de cortesía para disculpar su intromisión en la intimidad del paciente. Además, tan solo 3 participantes han utilizado estructuras como “¿sabe si...?” (2) o “¿conoce algún caso...?” (1). El resto de encuestados han reproducido preguntas precisas (“¿Ha habido casos de cáncer de mama en su familia?”) y uno de ellos, que ha respondido de forma narrativa, incluso, lo reconoce: “Pues preguntando de una forma directa si hay alguien de su familia que lo haya padecido”.

Por lo que respecta a las preguntas referentes a la fase del examen físico, en la pregunta 16 se pedía a los facultativos que reprodujeran cómo le dirían al paciente que van a proceder a examinarle el pecho. De los 12 resultados, 8 sitúan al facultativo como agente totalitario de la situación; ya sea mediante verbos en imperativo en tres de los casos (“ábrase/siéntese/póngase”) o la iniciativa por parte del médico a realizar alguna acción sin solicitar el consentimiento del paciente para ello hasta en 5 ocasiones (“voy a escuchar/voy a auscultarle”). Del lado contrario, cabe destacar que 3 de los encuestados han reproducido fórmulas de cortesía para mitigar la carga impositiva de sus oraciones (“pues si no le importa/ ¿de acuerdo?”). Uno incluso ha utilizado dos fórmulas de cortesía en la misma intervención: “Ahora voy a explorarle el pecho, ¿me permite? Por favor, desvístase”.

En cuanto a la pregunta 17, sobre cómo le dirían al paciente que van a examinarle el hombro por si tuviera alguna fractura, podemos observar resultados bastante similares a la anterior pregunta. De los 12 facultativos, 4 vuelven a utilizar verbos imperativos en sus oraciones (“deje/muéstre”) y otros 4 la perífrasis verbal ingresiva *ir a* en primera persona del singular (“voy a mirarle/voy a echarle un vistazo/voy a explorarle”). Por otro lado, esta vez 4 de los encuestados incluyen al paciente en la acción mediante la primera persona del plural, reduciendo de esta forma la carga dominante de su discurso (“vamos a ver ese hombro/tenemos que explorarle el hombro”). Por último, merece ser comentado el uso de expresiones de cortesía como *¿de acuerdo?* o *¿me permite?* por parte de dos de los encuestados.

Para la pregunta 18, sobre cómo dirían al paciente que les avise si en algún momento siente molestia, hemos recabado resultados, en general, bastante similares. Una vez más, 8 de los 12 encuestados utilizan el modo imperativo para referirse al paciente (“dígamelo/avíseme/comuníquemelo”), mientras que otros 2 han empleado el modo narrativo para responder a la pregunta (“Si nota algún dolor, molestias durante la exploración que lo indique/Explorar poco a poco e ir preguntando si le duele”). Tan solo dos facultativos han reproducido un acto de habla desprovisto de carga impositiva, ya sea mediante el tiempo en presente (“Si le duele, me lo dice, ¿vale?”) o mediante el uso de fórmulas de cortesía (“Si le hago daño en algún momento, dígamelo, por favor”). Además cabe destacar que la estructura más frecuente, que se ha repetido hasta en 4 ocasiones con ligeras variaciones, es: “Si le duele, dígamelo”.

A la pregunta 19, acerca de cómo le pedirían al paciente que se mantenga erguido, de los 12 encuestados, 9 han respondido mediante una orden que incluye un verbo en imperativo, siendo el verbo utilizado mayoritariamente “póngase” (5), seguido de “manténgase” (4), y dos personas eligen el modo narrativo para contestar a la pregunta (“Que por favor no se mueva durante la exploración”). Tan solo una persona prefiere realizar una petición, utilizando el condicional, en vez de una orden: “¿Podría mantenerse erguido?”.

Dentro de la fase de transmisión de resultados, la pregunta 21 pedía a los facultativos que escribieran cómo le dirían al paciente que no han hallado nada extraño en la exploración. En esta ocasión, a partir de los 12 resultados extraídos, podríamos determinar que existe una serie de expresiones que se utilizan por convención en estos casos. Una de ellas sería “no hay nada que preocuparse”, que se repite hasta en tres ocasiones, otra como “todo parece estar en regla” es utilizada por dos de los facultativos encuestados y “no he hallado nada raro/fuera de lo habitual” se repite en otras dos ocasiones. Por último, cabe resaltar la laboriosidad de uno de los participantes al dirigirse a su paciente en esta fase de la consulta: “Bueno, pues con la exploración que le he hecho y las preguntas que me ha contestado, no veo ningún problema”; y la excesiva brevedad de otros 5 al emitir veredictos: “La exploración es normal/todo está perfecto/todo es está bien por ahora...”.

A la pregunta 23, sobre cómo le dirían al paciente que tienen malas noticias para él, de los 12 encuestados, tan solo uno de los encuestados ha elaborado una forma lo suficientemente mitigadora como para rebajar el impacto de la noticia en el paciente: “Los

resultados no son todo lo buenos que nos gustaría”. Los otros encuestados han formulado un enunciado, quizás, demasiado brusco en caso de tratarse de una situación realmente grave. Dos de estos encuestados incluso llegan a afirmar: “Le diría que he encontrado algo que me parece serio y se lo diría tal cómo es”. Del resto cabe mencionar que la tendencia más frecuente ha sido reproducir una oración encabezada por “Siento decirle que...” (5) y, después, hablar de “malas noticias/no muy buenas noticias” (3).

Finalmente, tras haber respondido a todas las cuestiones, se les preguntó a los participantes si se les ocurrió en algún momento durante el test alguna respuesta óptima para alguno de los casos planteados, pero por no emplearla asiduamente decidieron no escribirla. Los encuestados no mostraron demasiado interés en responder a esta pregunta, ya que tan solo se recabaron 6 respuestas. 4 de los encuestados respondieron específicamente que no se les presentó el caso; sin embargo, los otros 2 ofrecieron respuestas bastante interesantes. Uno de ellos alegaba: “Supongo que con el tiempo tiendes a usar siempre las mismas expresiones o parecidas y no prestas atención a cuál es la mejor forma de decir las cosas”. El otro encuestado manifestaba lo siguiente: “Lo cierto es que nunca me había parado a pensar en la forma en que me expreso en consulta. Me parece que mientras que el mensaje se transmita de la forma adecuada, que no se haya hecho de la forma más bonita posible está de más”; sin embargo, no llega a especificar cuál es la «forma adecuada» para él.

6.- Conclusiones

Se puede concluir que los datos obtenidos del formulario son realmente significativos y se corresponden en gran medida con los resultados esperados. Estos nos muestran que los facultativos españoles estudiados presentan una clara preferencia y mayoritaria hacia las estrategias de cortesía positiva; frente a la tendencia inglesa de atenuar el efecto amenazante de sus discursos mediante estrategias de cortesía negativa. Tal y como hemos podido observar, las órdenes y peticiones formuladas por los encuestados han sido en un gran número de ocasiones concisas, directas y precisas. Los resultados, además, muestran una clara prevalencia de verbos imperativos y declaraciones de obligación en las intervenciones de los facultativos. Tan solo uno de los encuestados ha manifestado interés en introducir fórmulas de cortesía en su discurso, separándose así de la tendencia general.

Estos resultados nos muestran un escenario en el que el médico español mantiene en todo momento el rol de agente en la consulta. La idea de que el conocimiento médico es exclusivo de este está bastante arraigada en nuestra sociedad y cuestionar la autoridad del facultativo supone una grave falta de educación. Así pues, es este el que toma las decisiones e indica al paciente qué hacer sin pedir su consentimiento, en la mayoría de ocasiones. Por esa razón, no existe forma de que un médico español suene educado en inglés, ya que no logra integrar en su discurso las fórmulas de cortesía a las que tan acostumbrados están los pacientes de ese país.

Como hemos podido comprobar a partir de las respuestas al formulario, la comunicación médico-paciente no recibe tanta importancia en nuestro país. De hecho, su aprendizaje tan solo ocupa una asignatura en el primer curso de la carrera de medicina. De ahí, que me haya sido imposible dar con obras que traten específicamente la fraseología propia del médico en consulta para la elaboración de mi proyecto. La cultura británica, sin embargo, atribuye una mayor importancia a la comunicación médico-paciente. La cortesía en consulta se trabaja tanto a lo largo de la carrera como en el postgrado, y existen multitud de obras que tratan este tema en profundidad, como los dos libros analizados en este proyecto. Tal y como se ha demostrado a partir del análisis de la fraseología presente en estos, los facultativos de ese país utilizan, por norma general, una gran variedad de *hedging devices* o fórmulas atenuantes para mitigar el efecto impositivo o amenazante de sus intervenciones en el paciente. Por ese motivo, es nuestra obligación como intérpretes, y ante el desconocimiento por parte del médico de los patrones pragmalingüísticos del paciente inglés, adecuarnos a la situación comunicativa y hacer uso de este tipo de fórmulas de cortesía para no incurrir en un error pragmático. Para ello, es necesario incidir más en la enseñanza de estas estrategias a lo largo de nuestra formación. Ballesteros Martín (2001) lo defiende de la siguiente forma: “Debe ponerse de relieve la importancia de los factores sociales y culturales a la hora de realizar una interpretación y, de esta forma, fomentar los conocimientos de carácter sociocultural en el aprendizaje de una nueva lengua” (p.192-194).

Finalmente, tras este análisis comparado de los patrones comunicativos en consulta entre la cultura británica y la española, ha podido probarse que la semejanza de código cultural y social entre dos culturas no es motivo suficiente para catalogar a una de ellas como más educada o cortés que la otra. Además, puede concluirse, también, que cultura y lengua van íntimamente ligadas en la profesión de la interpretación.

7.- Referencias

- Ballesteros Martín, Francisco J. (2001). La cortesía española frente a la cortesía inglesa. Estudio pragmalingüístico de las exhortaciones impositivas. *Estudios Ingleses de la Universidad Complutense*, 20(9), 171-207.
- Bañón Hernández, Antonio M. (1997). Reflexiones sobre la dinámica interlocutora en la entrevista con fines semiolingüísticos. *Revista de Investigación Lingüística*, 1(1), 7-36.
- Barros García, María J. (2008). *Comunicación e interculturalidad: análisis de usos (des)cortesés en los medios de comunicación y su aplicación didáctica*, Memoria de Máster. Universidad de Granada. Consultado el 5 de mayo de 2018 en www.mepsyd.es/redele/Biblioteca2008/MJesusBarros/Memoria.pdf.
- Betti, Silvia (2010). Análisis contrastivo y cortesía: “¿El cómo se dice algo es más importante que lo que se dice?”. *Revista de Lenguas para Fines Específicos*, 16, 13-38.
- BMA. (2004). *Communication Skills Education for Doctors: an update*. Recuperado de: http://bmaopac.hosted.exlibrisgroup.com/exlibris/aleph/a23_1/apache_media/ARUJBSGPV2N6P4LGSRMKYY39IFVVPF.pdf
- Briz Gómez, Antonio (Eds.). (2008). *Cortesía y conversación: de lo escrito a lo oral*. Valencia, Estocolmo: Universidad de Valencia, Programa EDICE.
- Briz Gómez, Antonio, grupo Val.Es.Co. (2002). *Corpus de conversaciones coloquiales*. Anejo de la Revista Oralía, Madrid: Arco-Libros.
- Briz Gómez, Antonio, y Serra Alegre, Enrique (1997). De lo oral y lo escrito entre lo oral y lo escrito. En Briz Gómez, Antonio, Cuenca, M. J., y Serra, E. (Eds.), 1-6.
- Carrasco Santana, Antonio (1999). Revisión y evaluación del modelo de cortesía de Brown y Levinson. *Pragmalingüística*, 7, 1-44.
- Clyne, Michael (1994). *Inter-cultural Communication at Work. Cultural values in Discourse*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Damascelli, Adriana T. (2008). *The use of hedging devices in American English. Identifying some trends in the FROWN corpus*. Universidad de Turín. Language

Centre for Humanities – CLIFU. [diapositivas de PowerPoint]. Recuperado de: https://www.powershow.com/view/3b40fd-ZThmZ/The_use_of_hedging_devices_in_American_English_Identifying_some_trends_in_the_FROWN_corpus_powerpoint_ppt_presentation?skipadult=1

Escandell Vidal, Victoria (2006 [1996]). *Introducción a la pragmática*, Barcelona: Ariel.

Gauger, Hans M. (1996). Escribo como hablo. Oralidad en lo escrito. En Kotschi, Thomas, Oesterreicher, Wulf, y Zimmermann, Klaus (eds.), 341-358.

Gavlovych, Nina (2017). *La calidad de los servicios de traducción e interpretación médico-sanitaria en el contexto del turismo de salud en el área de la Comunidad Valenciana* (trabajo de fin de máster). Universitat Jaume I, Castellón.

Glendinning, Eric H., y Howard, Ron (2010). *Professional English in use : medicine*. Cambridge: Cambridge University Press.

Hickey, Leo, y Vázquez Orta, Ignacio (1994). Politeness as Deference: a Pragmatic View. *Pragmalingüística* 2, 267-286.

Hymes, Dell H. (1986). Discourse: Scope without Depth. *International Journal of the Sociology of Language* 57, 49-89.

Kerbrat-Orecchioni, Catherine (2004). ¿Es universal la cortesía? En Bravo, Diana, y Briz Gómez, Antonio (eds.), *Pragmática sociocultural. Estudios sobre el discurso de cortesía en español*, 39-53.

Kreuz, Roger J., y Roberts, Richard M. (1993). When Collaboration Fails: Consequences of Pragmatic Errors in Conversation. *Journal of Pragmatics* 19, 239-252.

Lakoff, George (1972). Hedges: a study in meaning criteria and the logic of fuzzy concepts. *The 8th Regional Meeting of the Chicago Linguistic Society*, 183-228.

Labov, William (1972). *Sociolinguistics patterns*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Márquez Reiter, Rosina (2001). *Linguistic politeness in Britain and Uruguay: a contrastive study of requests and apologies*. Amsterdam: Benjamins.

McCullagh, Marie, y Wright, Ros (2008). *Good practice student's book: communication skills in English for the medical practitioner*. Cambridge: Cambridge University Press.

Richards, Jack C., y Sukwiat, Mayuri (1985). Language Transfer and Conversational Competence. *Applied Linguistics* IV-2, 113-125.

8.- Anexos

ANEXO I

FRASEOLOGÍA CONVENCIONAL DURANTE LA RECEPCIÓN DEL PACIENTE

Typical expressions in English
Good morning, come in, take a seat...
Hello, can I just check it's XXX?
XXX? Hello. What would you prefer me to call you?
Sorry for the wait, we're running a little late this morning.
So, what prompted you to come here today?
What brings you here today?
So, what have you come to see me about today?
What would you like to discuss today?
I wonder if you could tell me what's been happening.
How are you feeling today?
What is your general health like?
Just let me summarise to check I have everything right before I proceed with the physical examination.

ANEXO II

FRASEOLOGÍA CONVENCIONAL DURANTE LA DETERMINACIÓN DE LOS SÍNTOMAS

Typical expressions in English
Whereabouts do you usually get these headaches?
How long do they tend to last?
How long have you had the headaches?
Is there anything else that affects them?
May I ask you if you are having any trouble with your waterworks?
Do you have any other problems related to the pain?
Could you show me where it hurts?

What seems to be the problem?
Can you explain what typically happens when you have an attack?
I wonder if you could tell me if you have felt any other symptoms.
How are you managing with [your current treatment]?
Could you explain what you mean by...?
How long have you been feeling sick?

ANEXO III

FRASEOLOGÍA CONVENCIONAL DURANTE LA CONFECCIÓN DE UN HISTORIAL MÉDICO DEL PACIENTE Y DE SU FAMILIA

Typical expressions in English
I'd like to briefly check your history to be sure I have the details correct...
In order to have a more detailed picture of things, could you please tell me about any illnesses you might have had in the past?
Can I ask how old you were when you gave birth?
I have to ask, are you currently on any medications at all?
How long have you been on the tablets?
As far as you know, what's the most you would drink in a week?
Could you tell me about any illnesses that might run in the family?
Let me ask you if there is a history of breast cancer in your family.
I understand this may be painful for you, but could you tell me the reason why [your mother] died?
I wonder if you could give me your full name and telephone number, please, just in case we need to call you back at any point.

ANEXO IV

FRASEOLOGÍA CONVENCIONAL DURANTE EL EXAMEN FÍSICO

Typical expressions in English
I'd like to examine your chest, so I can find out what's causing this breathlessness.
If you don't mind, I'm just going to feel your shoulder for any fractures.

If it's all right with you, I'd like to have a listen to your heart.
Now, I need you to take a deep breath in and hold it.
I'm just going to put some gel on your abdomen. You will probably find it a bit cold.
If at any time you feel uncomfortable, please let me know.
This might hurt a little but I'll be quick.
The stethoscope might feel a little cold.
If you could just recline on the stretcher and flex your right knee...
Gently, just bring your knee up to your chest.
If you could try to cross your arms in front of your chest.
I'd like you to relax. I'm just going to move your arm up and down.
Would you mind taking off your shoes and loosening your jeans?
Could you sit in the upright position for me, please?
I'd like you to sit up with your legs stretched out in front of you.
Just one more examination left.

ANEXO V

FRASEOLOGÍA CONVENCIONAL DURANTE LA TRANSMISIÓN DE LOS RESULTADOS

Typical expressions in English
I haven't found anything to suggest any problems.
Well, it appears to me that you've got a...
I'm sorry to have to tell you that the news isn't as good as we expected.
To begin with, I'm going to give you your results, and then we'll discuss where to go from there.
As we suspected, the results show that you have [anaemia].
Let me explain to you what [anaemia] is.
Your condition requires careful monitoring.
We can never be absolutely certain about...
I'm sure it's just a slight viral infection, but I'm going to send off a blood sample, just in case.
You need to cut down on your alcohol intake.

If you look here, it just shows [some early arthritis].
It is almost certain that the operation would result in a complete recovery.
I'll make you an appointment with...
I think it would help if you spoke to a counsellor.
If you are still concerned, we can refer you to a hospital.
(...) if the medication doesn't solve the problem over the next 24 hours, then I would suggest you to make an appointment to see your GP.

ANEXO VI

FRASEOLOGÍA CONVENCIONAL DURANTE LA EXPLICACIÓN DEL TRATAMIENTO Y LA DESPEDIDA

Typical expressions in English
So, what I'm going to suggest is that you...
What I'll do is try you with a different set of antibiotics.
I'm afraid only antibiotics will clear this up.
Now, there are a number of options you could consider.
This is one of the simplest things we could start you off with.
You could consider taking pills.
I think we'd better reduce the dose of your tablets.
One option is taking [diuretics] and another possibility is taking [beta blockers].
I'm hopeful that these pills will take care of the problem for you.
You may want to think about taking water pills.
Unfortunately, the downside of this medication is...
Firstly, let me tell you that there are risks and benefits with all these treatments.
You need to know that there are both pluses and minuses with this medication.
It's very important you don't stop taking the tablets or your symptoms will return.
If you aren't feeling better in 7 to 14 days, you really must come back and see me again.
If you feel that things aren't settling, it's important that you see me again.
Now, before we finish, is there anything more you want to ask?
Is there anything else you'd like to ask?
So, do you have any other issues you'd like to address today?

ANEXO VII

CUESTIONARIO A FACULTATIVOS SOBRE LA COMUNICACIÓN EN CONSULTA

Soy un estudiante de Traducción e Interpretación que como trabajo de fin de grado está realizando un estudio comparativo entre la fraseología convencional de un médico en una consulta médica tanto en inglés como en español. Ambas culturas utilizan códigos lingüísticos distintos y preciso recoger datos empíricos lo más ajustados a la realidad de la mano de profesionales que ejerzan la medicina para confeccionar un glosario que recoja dicha fraseología en español.

A continuación, se exponen una serie de situaciones que podrían ocurrir en una consulta médica. Le rogamos intente meterse en el papel para responder igual que lo haría en una consulta. Sea natural; si cree que ante tal situación utilizaría algunas de las palabras (o incluso todas, no hay problema) mencionadas en el enunciado, sírvase de ellas. No hay respuestas incorrectas en este formulario. Por ejemplo:

Ejemplo 1: ¿Qué pregunta le haría al paciente para saber qué le ocurre nada más empezar la consulta?

- “¿Qué le pasa?” o simplemente, “Dígame”

Ejemplo 2: ¿Qué le preguntaría para saber si alguna vez ha habido alguna enfermedad en su familia?

- “¿Ha habido alguna vez en su familia alguna enfermedad?”

Muchas gracias por tomarse el tiempo de contestar, sus respuestas son muy valiosas para nuestro trabajo.

CUESTIONARIO

- 1.- Género
- 2.- Edad
- 3.- Si no conoce previamente al paciente, ¿se presenta?
- 4.- ¿Se dirige de usted al paciente? Si ha contestado que sí, indique el motivo.

FASE DE RECEPCIÓN DEL PACIENTE

- 5.- ¿Cómo le pregunta al paciente qué le ocurre nada más empezar la consulta?
- 6.- ¿Qué pregunta le hace para saber cuál es su estado de salud habitual?
- 7.- ¿Hace usted un resumen de los síntomas que el paciente le ha comentado antes de proceder a la exploración? Si lo hace, ¿de qué forma introduciría dicho resumen?

FASE DE DETERMINACIÓN DE LOS SÍNTOMAS

- 8.- ¿Cómo le preguntaría al paciente dónde suele dolerle cuando sufre jaquecas?
- 9.- ¿Cómo le preguntaría desde hace cuánto tiempo tiene jaquecas?
- 10.- ¿Qué preguntaría para saber lo que suele ocurrir cuando tiene un ataque de jaqueca?
- 11.- ¿De qué forma le preguntaría si le molesta alguna parte más del cuerpo a causa de esa dolencia?

FASE DE CONFECCIÓN DE UN HISTORIAL MÉDICO DEL PACIENTE Y DE SU FAMILIA

- 12.- ¿De qué forma diría habitualmente: «Voy a comprobar que todos los detalles de su historial son correctos».
- 13.- ¿Cómo le preguntaría al paciente cuál es la máxima cantidad de alcohol que cree que podría beber en una semana?
- 14.- ¿Qué le preguntaría para saber si alguna vez ha habido alguna enfermedad en su familia?
- 15.- ¿Cómo le preguntaría a la paciente si tiene antecedentes de cáncer de mama en la familia?

FASE DE EXAMEN FÍSICO

- 16.- ¿Cómo le diría al paciente que va a proceder a examinarle el pecho para encontrar la causa de sus problemas respiratorios?
- 17.- ¿De qué forma le diría al paciente que va a mirarle el hombro por si este tuviera alguna fractura?

18.- ¿Cómo diría habitualmente al paciente: «Avíseme si siente molestia en algún momento».

19.- ¿Cómo le pediría al paciente que se mantenga erguido?

20.- ¿De qué forma avisaría al paciente de que queda solo una examinación?

FASE DE TRANSMISIÓN DE RESULTADOS

21.- ¿Cómo le diría al paciente que no ha encontrado nada raro?

22.- ¿De qué forma le diría al paciente que está prácticamente convencido/a de que tiene X?

23.- ¿De qué forma le diría: «Siento comunicarle que tengo malas noticias para usted»?

24.- ¿Cómo le diría al paciente que primero le dará los resultados y después decidirán de qué forma atajar el problema?

25.- ¿De qué forma le diría: «Su estado requiere un riguroso seguimiento»?

26.- ¿Cómo podría decirle al paciente que puede derivarle a un hospital para que se quede más tranquilo?

FASE DE EXPLICACIÓN DEL TRATAMIENTO Y DESPEDIDA

27.- ¿Cómo le diría al paciente que existen varias opciones posibles de tratamiento?

28.- ¿De qué forma le diría que podría empezar su tratamiento practicando ejercicio de forma habitual?

29.- ¿Cómo le diría al paciente: «Antes de nada, debe saber que estos tratamientos entrañan tanto riesgos como beneficios»?

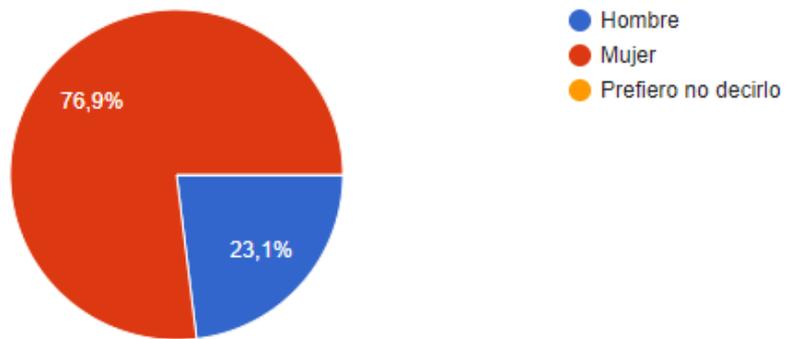
30.- Finalmente, tras haber realizado el test, es posible que se le haya ocurrido una respuesta óptima para alguna pregunta pero puesto que no utiliza esa fórmula habitualmente, no la ha escrito. ¿Es su caso? ¿Por qué piensa que no suele utilizar dicha fórmula? Aquí podría dar una serie de opciones.

ANEXO VIII

RESULTADOS DEL CUESTIONARIO

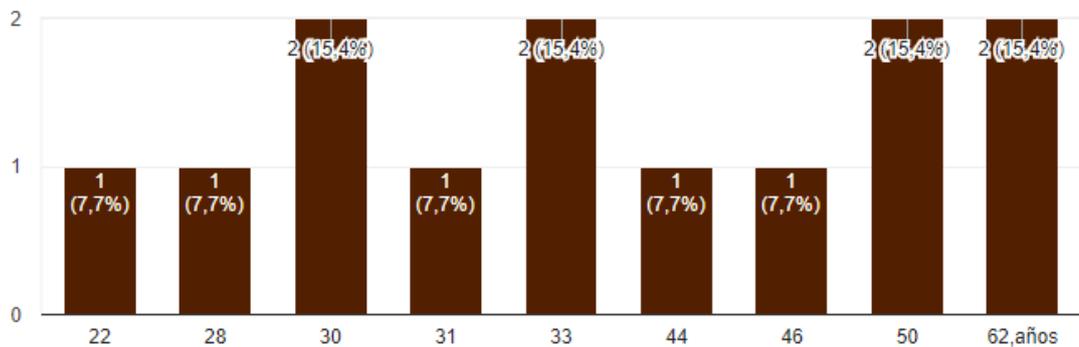
1.- Género

13 respuestas



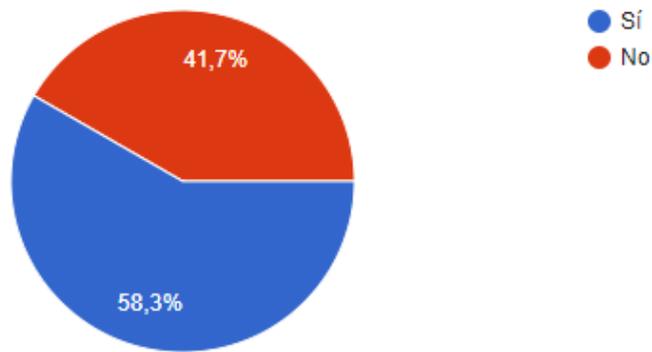
2.- Edad

13 respuestas



3.- Si no conoce al paciente, ¿se presenta?

12 respuestas



Si lo desea, puede exponer el motivo por el que lo hace o no.

9 respuestas

Porque ya lo saben. Lo indica el cartel de la consulta (2)

No lo considero necesario

En algunos casos muy brevemente digo mi nombre pero normalmente no.

Es importante crear un ambiente de confianza y cercanía para la mejor comunicación y comprensión del problema que padece el paciente y que este se sienta en un ambiente confortable y sin miedo a mostrar sus preocupaciones o relatar algo más íntimo.

Porque considero que no es relevante, al ser estudiante

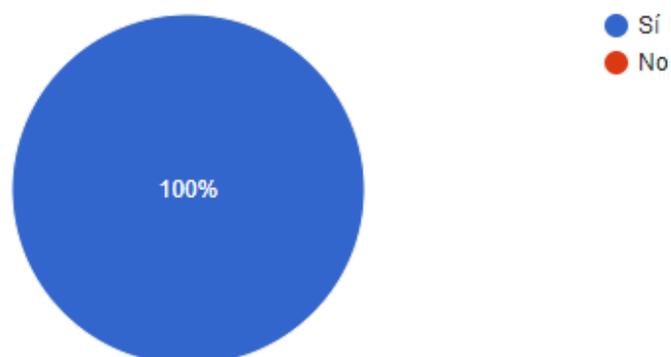
Busco entablar confianza medico paciente necesaria para la correcta adhesion al tratamiento

Por educación

Educación

4.- ¿Se dirige de usted al paciente?

13 respuestas



Si ha contestado que sí, indique el motivo, por favor.

12 respuestas

Por respeto, independiente de la edad (2)

Ancianos

Por no conocerlos normalmente y no tener la confianza necesaria por tanto para tratarlos de tú.

Por respeto, salvo que sea una persona claramente más joven que yo.

Algunas personas consideran una falta de respeto tutear (sobre todo los más mayores)

Si son personas mayores sí, por respeto. Si son más jóvenes, por lo general, para un mejor ambiente de confianza suelo tutearles.

Realmente depende su edad o la confianza que muestre

Depende, me parece más educado ya que no lo conozco

Se trata de alguien a quien no conozco y lo mínimo es tratar con respeto y educacion.

Adecuandome a edad del paciente. Siempre en primera consulta, en sucesivas suele cambiarse al tuteo por la confianza establecida

Sólo a aquellos que no conozco y a los más ancianos

Cordialidad

FASE DE RECEPCIÓN DEL PACIENTE

5.- ¿Cómo le pregunta al paciente qué le ocurre nada más empezar la consulta?

13 respuestas

El motivo por el que acude a la consulta (2)

Bueno, fulanito, pues cuéntme qué le pasa

Muy bien, dígame

Dígame qué le ocurre.

Cuénteme, qué le ocurre.

Cuénteme que le pasa

Bueno, cuénteme, ¿Qué le pasa?/¿Qué le trae por aquí?

Cuénteme, ¿qué le ocurre?

Le doy los buenos días/tardes, y le pregunto qué le ocurre

Bueno, cuénteme, qué le ocurre?

Cuénteme por qué está aquí

Buenos días/tardes (le doy la mano). Dígame qué le ocurre.

6.- ¿Qué pregunta le hace para saber cuál es su estado de salud habitual?

13 respuestas

Como se encuentra y que síntomas tiene (2)

Y usted normalmente qué tipo de vida hace? Sale a la calle, es activo, necesita ayuda?

¿Suele llevar un estilo de vida sano?

¿Qué tipo de vida lleva? ¿Hace ejercicio?

Y cómo se encuentra normalmente

¿Cómo suele encontrarse normalmente?

¿Toma usted alguna medicación? Esto que me está contando ¿Le pasa habitualmente?

¿Le ha pasado alguna otra vez?

¿Y como se encuentra normalmente?

Le pregunto cuando comenzó el cuadro actual y cómo se sentía antes

Esta patología qué le impide hacer que antes si podía?

¿Como se encuentra?

Cómo se encuentra usted en un día normal?

7.- ¿Hace usted un resumen de los síntomas que el paciente le ha comentado antes de proceder a la exploración? Si lo hace, ¿de qué forma introduciría dicho resumen?

13 respuestas

No (4)

Bueno los comento con el , le pregunto desde cuando los tiene y si el ha notado algún cambio (2)

A ver si le he entendido. Entonces, me está diciendo que lo que le pasa es...

Entonces me ha dicho que...

Vamos a ver si lo he entendido bien. Usted me ha dicho que...

Sí. Suelo decir "bueno, entonces lo que usted me cuenta es que tiene esto, esto y esto".

Sí. Diría "Bien, entonces el motivo principal de su consulta es X, porque cuenta que es algo que interfiere bastante en su vida no?"

Sí...le digo, por ejemplo: entonces me dice que le duele la rodilla al levantarse y que cuando descansa se le pasa el dolor, ¿No? Y si hubiese más síntomas en el relato del paciente, lo mismo.

Obviamente, es necesario recoger todo en la historia clínica. Primero general y luego por órganos y sistemas de arriba abajo, acompañándolo de los signos si procede.

FASE DE DETERMINACIÓN DE LOS SÍNTOMAS

8.- ¿Cómo le preguntaría al paciente dónde suele dolerle cuando sufre jaquecas?

12 respuestas

En que zona de la cabeza Comienzan (2)

Señalese qué parte de la cabeza le duele

A ver, señáleme dónde le duele normalmente

Dígame qué parte de la cabeza le duele normalmente.

Señale que zona le duele.

Señale donde le duele cuando sufre jaquecas.

Señáleme con una mano dónde le duele.

¿Y que zona de la cabeza le duele?

Podría usted señalarse dónde ubica el dolor?

Señálame donde le duele

Hay alguna zona en qué le duela más la cabeza?

9.- ¿Cómo le preguntaría desde hace cuánto tiempo tiene jaquecas?

12 respuestas

Desde hace cuanto tiempo las tienen (2)

Hace cuanto tiempo que le duele la cabeza

¿Hace mucho que tiene esta dolencia?

¿Y desde cuándo le duele la cabeza?

Y hace cuánto que padece de esto.

¿Cuánto hace que nota ese dolor de cabeza más fuerte?

¿Desde cuándo sufre usted esos dolores de cabeza?

¿Hace cuánto tiempo le duele?

Desde cuándo sufre usted estas jaquecas?

Desde cuando siente esos dolores

Desde hace cuánto tiempo viene sufriendo estos dolores?

10.- ¿Qué preguntaría para saber lo que suele ocurrir cuando tiene un ataque de jaqueca?

12 respuestas

Si aparte de la jaqueca tiene otros síntomas (2)

Se acuerda si pasó algo antes de dolerle la cabeza? Por ejemplo le dieron náuseas, veía lucecitas, cosas así?

¿Qué suele ocurrir cuando empieza a dolerle la cabeza? ¿Qué nota?

¿Qué suele notar cuando tiene jaqueca?

¿Qué pasa cuando vas a tener un ataque, estás fuera, sientes algo, has tomado algo en concreto...? Cualquier cosa a la que lo puedas atribuir

¿Ha notado si el dolor viene precedido o acompañado de algún otro síntoma o de alguna sensación extraña?

¿Siente algo a parte del dolor? ¿De mareo? ¿Siente náuseas? Etc.

¿Y que siente, que hace, como le incapacita su jaqueca?

Podría explicarme cómo es el dolor y si le pasa algo más durante los episodios de jaqueca? cómo afecta a su vida diaria?

¿Qué siente?

Hay algún síntoma más que acompañe al dolor de cabeza?

11.- ¿De qué forma le preguntaría si le molesta alguna parte más del cuerpo a causa de esa dolencia?

11 respuestas

Si además coincidiendo con la jaqueca le duele algo más (2)

¿Le duele alguna otra parte del cuerpo?

¿Le molesta alguna otra parte del cuerpo?

¿Le duele algo más?

A parte de la cabeza, ¿Usted cree que su problema le esta afectando en otro lugar?

A parte de la cabeza, ¿Hay algo más que le duela?

¿Tiene algún otro síntoma?

Cuando tiene jaqueca, además del dolor de cabeza, le pasa a usted algo más, como mareo, náuseas...?

¿Hay algún punto en el que le duela más?

Siente algún dolor a parte del de la cabeza?

FASE DE CONFECCIÓN DE UN HISTORIAL MÉDICO DEL PACIENTE Y DE SU FAMILIA

12.- ¿De qué forma diría habitualmente: «Voy a comprobar que todos los detalles de su historial son correctos»?

12 respuestas

Repasando lo que me ha comentado con el (2)

A ver si lo que tengo aquí escrito le parece que está correcto

Un momentito que compruebe que todos los datos son correctos...

Vamos a ver si es correcto todo lo que pone aquí.

Un momento que lea sus datos para asegurarnos de todo.

Voy a hacerle unas preguntas para comprobar que sus antecedentes son correcto y si hace falta actualizar alguno.

Un momento que compruebe sus datos.

Voy a revisar su historia

Le preguntaría por dichos datos

¿Es esto correcto?

Vamos a comprobar los datos de su historia

13.- ¿Cómo le preguntaría al paciente cuál es la máxima cantidad de alcohol que cree que podría beber en una semana?

12 respuestas

Primero, preguntándole si bebe y si es así cuando lo hace y cuánta cantidad (2)

Cuántas veces toma algo de alcohol a la semana

¿Cuánto alcohol suele beber como máximo?

¿Cuál es el máximo de alcohol que puede beber en una semana?

Cuánto alcohol toma usted en una semana.

¿Cuál es el número de bebidas con alcohol que puede llegar a tomar una semana normal?

¿Cuánto alcohol bebería usted como máximo en una semana?

¿Cuánto alcohol toma en una semana normal?

Cuánto alcohol(vaso de vino, botellín de cerveza u otros) toma al día?

¿Cuánto alcohol bebe? Suelen decir que solo con amigos ¿Cuántas cervezas/copas bebe cuando sale? ¿Y cada cuánto sale?

Cuánto es capaz de beber en una semana?

14.- ¿Qué le preguntaría para saber si alguna vez ha habido alguna enfermedad en su familia?

12 respuestas

Preguntadole por enf de sus padres o hermanos (2)

Hay alguna enfermedad importante en la familia, por ejemplo infartos, epilepsia, cosas así

¿Recuerda si ha habido alguna enfermedad en la familia?

¿Sabe si ha habido alguna enfermedad en su familia?

¿Alguna enfermedad en su familia?

¿Tiene antecedentes de enfermedad en la familia?

¿Sus padres, hermanos (si los tiene), hijos (si los tiene) padecen o han padecido alguna enfermedad?

¿Hay alguna enfermedad importante en su familia?

Alguno de sus familiares está o ha estado enfermo?

¿Tiene antecedentes familiares?

Hay alguna enfermedad que conozca en la familia?

15.- ¿Cómo le preguntaría al paciente si tiene antecedentes de cáncer de mama en la familia?

12 respuestas

Pues preguntando de una forma directa si hay alguien de su familia que lo haya padecido (2)

Usted sabe si en su familia ha habido o hay mujeres con cancer de pecho

¿Sabe si ha habido algún caso de cáncer de mama en su familia?

¿Ha habido casos de cáncer de mama en su familia?

¿Alguien en su familia ha tenido cáncer de mama o le han tenido que operar de mama o similar?

¿Algún familiar que haya padecido cáncer?

¿Su madre ha tenido alguna enfermedad? ¿Cáncer de mama? ¿Le suena? ¿Alguien más de su familia? ¿Hermanas, abuela...?

¿Hay antecedentes de cancer de Mama en su familia?

En su familia hay algún antecedente de cáncer de mama?

¿Alguien de su familia ha sufrido cancer de Mama?

Conoce algún caso en su familia de cáncer de mama?

FASE DE EXAMEN FÍSICO

16.- ¿Cómo le diría al paciente que va a proceder a examinarle el pecho para encontrar la causa de sus problemas respiratorios?

12 respuestas

Pues diciendole que se quite la ropa del torax y procediendo a la auscultacion (2)

A ver, ábrase la camisa que le voy a escuchar cómo suena hoy al respirar

Ahora voy a auscultarle para ver si está todo en regla

Bien, vamos a ver cómo suena al respirar.

Voy a auscultarle el pecho.

Siéntese en la camilla y levántese la camisa que quiero auscultarle.

Pues si no le importa, vaya desabrochándose la camisa que le voy a auscultar el pecho.

Voy a auscultarle ¿de acuerdo?

Voy a auscultarle para escuchar sus pulmones, de acuerdo?y le explicaría como tiene que respirar

Póngase ahí que le vamos a intentar encontrar la causa

Ahora voy a explorarle el pecho, me permite? por favor desvístase

17.- ¿De qué forma le diría al paciente que va a mirarle el hombro por si este tuviera alguna fractura?

12 respuestas

Lo mismo que el anterior (2)

Vamos a echar un vistazo a ese hombro

Vamos a ver cómo tiene el hombro

A ver, deje que mire cómo tiene el hombro.

Ahora voy a mirar el hombro.

Muéstreme el hombro que necesito explorarlo para descartar una lesión.

Voy a tocarle el hombro para comprobar que está todo bien, no sé mueva.

Bueno, vamos a ver ese hombro

Voy a echarle un vistazo a ese hombro para ver si hay alguna lesión, si le hago daño hágamelo saber, de acuerdo?

Tenemos que explorarle el hombro para descartar cualquier fractura

Voy a explorarle el hombro, me permite?

18.- ¿Cómo diría habitualmente al paciente: «Avíseme si siente molestia en algún momento»?

12 respuestas

Si nota algun.dolor , molestas durante la exploracio que lo indique (2)

si le duele me lo dice, vale?

Si le duele en algún momento, dígamelo

Si siente molesta, avíseme, ¿vale?

Si le duele algo, dígamelo

Avíseme si siente molestia en algún momento.

Si le duele, dígamelo.

Usted dígame si en algún momento le duele la exploración

Si le hago daño en algún momento, dígamelo, por favor

Explorar poco a poco e ir preguntando si le duele

Si siente cualquier molestia, comuníquemelo

19.- ¿Cómo le pediría al paciente que se mantenga erguido?

12 respuestas

Que por favor no se mueva durante la exploracion (2)

Pongase recto

Póngase recto, por favor

Póngase recto, por favor.

Ponga la espalda recta.

Manténgase recto por favor.

Póngase recto.

Por favor, manténgase recto

Podría mantenerse erguido?

Manténgase erguido

Por favor, mantenga la espalda recta

20.- ¿De qué forma avisaría al paciente de que queda solo una
examinación?

12 respuestas

Que ya estamos terminando y que solo falta una prueba para acabar (2)

Ya casi acabamos

Ya casi hemos terminado

Ya estamos terminando.

Enseguida acabamos, esto y ya.

Ya estamos acabando.

Y por último...

Bien, vamos a hacer una última exploración

Ya estamos terminando, solo una cosa más

Estamos a punto de acabar

Por último falta X

FASE DE TRANSMISIÓN DE RESULTADOS

21.- ¿Cómo le diría al paciente que no ha encontrado nada raro?

12 respuestas

Que la exploracion es normal (2)

Bueno, pues a la exploracion no he encontrado nada que me haya preocupado

Pues todo parece estar en regla, no he encontrado nada de qué preocuparse

Yo lo veo todo en regla. No he notado nada de qué preocuparse.

Pues todo está bien por ahora.

Las exploraciones no muestran ningún dato relevante.

Bueno, pues con la exploración que le he hecho y las preguntas que me ha contestado, no veo ningún problema.

Bueno, por ahora todo es normal no he podido hallar nada raro

Después de explorarle cuidadosamente, no he encontrado nada fuera de lo habitual.

Todo está perfecto

Todo está correcto

22.- ¿De qué forma le diría al paciente que está prácticamente convencido/a de que tiene X?

12 respuestas

Pues que despues de la exploracion tiene X (2)

Mi impresion es que usted tiene....

Lo más seguro es que se trate de...

Seguramente se trate de...

En principio, todas las pruebas nos indican que usted padece de esto.

Si tuviese pruebas que lo confirman le explicaría esas pruebas y le argumentaría el diagnóstico. En caso contrario sería cauta y no le diría que estoy convencida de que tenga esa enfermedad, sino que es probable que sea eso y vamos a iniciar tratamiento o hacer mas pruebas para corroborarlo.

Bueno, laa exploración que le he hecho y las preguntas que me ha contestado, me sugieren que probablemente usted tenga X, pero habría que confirmarlo con alguna prueba más.

Bueno, con todas las pruebas y exploraciones todo indica que tiene X

Por todo lo que me ha contado y el resultado de la exploración creo que podría tratarse de X, pero tendríamos que confirmarlo con x prueba complementaria.

Los análisis indican por lo que padece de ...

Tengo una alta sospecha de X (aún así habría que confirmarlo con alguna exploración complementaria)

23.- ¿De qué forma le diría: «Siento comunicarle que tengo malas noticias para usted»?

12 respuestas

Bueno que he encontrado algo que me parece serio y se lo diria tal como es (2)

Siento mucho que lo que le voy a contar no es bueno

Siento mucho decirle que...

Siento decirle que...

Siento comunicarle que tengo malas noticias para usted

Siento decirle que los resultado de las pruebas no son lo mas optimista que esperábamos.

Bueno, tengo noticias no muy buenas.

Tengo que decirle que tengo bien una mala noticia

Los resultados no son todo lo buenos que nos gustaría,nos enfrentamos a un proceso difícil, pero vamos a intentar hacer todo aquello que esté en nuestra mano para mejorar su bienestar. Siento no poder darle buenas noticias.

Los resultados no han sido buenos y hay malas noticias

Lo que tengo que contarle no es bueno.

24.- ¿Cómo le diría al paciente que primero le dará los resultados y después decidirán de qué forma atajar el problema?

12 respuestas

Hablando directamente de los resultados y la forma de afrontarlo con el.tto (2)

Le cuento primero lo que hemos encontrado y luego le damos una vuelta juntos a las posibilidades de tratamiento

Primero, voy a darle los resultados y después veremos qué podemos hacer al respecto

Bien, primero le daré los resultados de su prueba y, después, veremos los posibles tratamientos que puede seguir.

Vale, vamos a ver primero las pruebas y después explicamos todo y aclaramos las dudas que pueda tener.

Lo primero que voy a hacer es decirle el resultado de las pruebas, y luego le explicaré las posibles terapias para llegar a un acuerdo en su tratamiento.

Primero necesito confirmar mi sospecha con esta prueba, cuando tengamos los resultados vuelve y vemos qué hacemos.

Primero le voy a explicar bien los hallazgos y después de explicarle todo plantearemos las posibilidades que tenemos para solucionar el problema

En primer lugar quiero intentar explicarle que significan estos resultados y después veremos qué alternativas de tratamiento hay, le parece bien?

Primero hay que esperarse a las pruebas y luego decidiremos qué hacer

No nos adelantemos, primero veamos qué nos dicen los resultados y en función de ellos decidirá usted la actuación.

25.- ¿De qué forma le diría: «Su estado requiere un riguroso seguimiento»?

12 respuestas

Que tiene que seguir seriamente el tto y hacer caso de mis indicaciones (2)

Lo mejor que podemos hacer es revisarle con frecuencia para estar tranquilos, usted y yo.

Lo mejor será revisarle a menudo para asegurarnos de que la situación no empeora

Creo que lo mejor para quedarnos más tranquilos será revisarle con más frecuencia.

Le vamos a controlar y a vigilar muy bien, para que todo le salga correcto.

Es muy importante el buen control de su enfermedad.

Vamos a vernos mucho, hay que controlar que la cosa no vaya a más

Debido a su estado actual, lo mejor es que le hagamos un seguimiento más de cerca para detectar problemas o empeoramientos

En su caso, hay que tener un seguimiento cada poquito tiempo con una serie de pruebas para poder ver la evolución

Tiene que someterse a continuo control médico

Su estado requiere un riguroso seguimiento

26.- ¿Cómo podría decirle al paciente que puede derivarle a un hospital para que se quede más tranquilo?

11 respuestas

Pues que puede hablarlo con otro facultativo para quedarse mas tranquilo con.otra.oponio (2)

No se lo diria

Si se queda más tranquilo puedo derivarle al hospital

Si va a sentirse más tranquilo, puede acudir a...

Le voy a mandar al hospital, porque quiero asegurarme por completo.

Si usted lo prefiere puede solicitar su traslado a un centro hospitalario. (aunque no le ofrecería esa posibilidad si no la considero necesaria, por muy tranquilo que se quede el paciente)

Si usted ve que se encuentra peor, que no puede aguantar un día más así, puedo hacerle un volante para ir le hagan alguna prueba más en el hospital y usted se quede más tranquilo así.

Puedo derivarle a un hospital si usted se va a quedar más tranquilo así

Me gustaría que le viera el especialista, por si él puede aportar algo más que a mí se me haya podido escapar. Qué le parece?

No lo haría a menos que sea absolutamente necesario. Intentaría convencer al paciente de que no hace falta que vaya al hospital.

FASE DE EXPLICACIÓN DEL TRATAMIENTO Y DESPEDIDA

27.- ¿Cómo le diría al paciente que existen varias opciones posibles de tratamiento?

12 respuestas

Pues que hay varias.opciones de tto y que debemos de ver cual es la.mas efectiva para su.caso (2)

Para lo que a usted le pasa tenemos varias opciones de tratamiento

Existen varios tratamientos posibles

Hay varios tratamientos posibles para su caso.

existen varias opciones posibles de tratamiento

Existen varias opciones de tratamiento

Tenemos varias opciones para tratar su enfermedad.

Actualmente tenemos varias posibilidades efectivas de tratamiento

Hay distintas opciones de tratamiento.

Tenemos varias alternativas. La primera ... las otras yo le aconsejo ...

Hay varias opciones sobre la mesa, usted decide.

28.- ¿De qué forma le diría que podría empezar su tratamiento practicando ejercicio de forma habitual?

12 respuestas

Que no hay problemas con el tto y la realizacion de su vida habitual (2)

Creo que le vendría muy bien hacer algo de ejercicio tambien. podemos discutir cuales son las mejores opciones

Podría empezar por practicar un poco de ejercicio, nunca viene mal

¿Ha pensado en hacer algún deporte? Es una buena opción para empezar.

Una buena manera de empezar es hacer ejercicio regularmente.

Una buena forma de empezar el tratamiento es realizar actividad física adaptada a sus capacidades.

Lo mejor de todo y por dónde deberíamos empezar sería modificando un poco su rutina diaria...tiene que empezar a hacer ejercicio todos los días.

Lo mejor para empezar el tratamiento es cambiar los estilos de vida como hacer ejercicio regularmente

Es muy importante hacer ejercicio todos los días, lo ideal es empezar poquito a poco, saliendo a caminar primero 15 minutos por ejemplo y luego ir aumentando el tiempo y si puede y quiere, la intensidad. Usted podría salir a caminar todos los días un rato?

Es recomendable hacer ejercicio

Tiene que hacer ejercicio físico con asiduidad.

29.- ¿Cómo le diría al paciente: «Antes de nada, debe saber que estos tratamientos entrañan tanto riesgos como beneficios»?

12 respuestas

Pues que el tto puede tener serie de efectos secundarios que hay que tenerlos cuenta (2)

Nada de lo que hacemos en medicina está exento de riesgo, incluso los mejores tratamientos. Es importante que sepa los posibles efectos secundarios tambien

Antes de empezar, debe saber tanto los pros como los contras de este tratamiento

Debe ser conscientes antes de nada de que este tratamiento puede entrañar efectos secundarios.

Este medicamento puede ser malo y puede ser bueno

Todos los tratamientos tienen un aspecto positivo y otro negativo.

Como todo, esto tiene efectos que queremos y otros que no queremos tanto.

Antes de nada, estos tratamientos son beneficios pero no están exentos de riesgos

Los tratamientos pueden tener también algunos efectos adversos, y quiero que los sepa por si se le presentará alguno de ellos sepa cómo actuar.

Los posibles efectos son ... los beneficios... yo le aconsejo...

Todo tratamiento tiene sus efectos secundarios que debe conocer.

CONCLUSIONES

30.- Finalmente, tras haber realizado el test, es posible que se le haya ocurrido una respuesta óptima para alguna pregunta pero puesto que no utiliza esa fórmula habitualmente, no la ha escrito. ¿Es su caso? ¿Por qué piensa que no suele utilizar dicha fórmula?

6 respuestas

No (3)

Supongo que con el tiempo tiendes a usar siempre las mismas expresiones o parecidas y no prestas atención a cual es la mejor forma de decir las cosas

Lo cierto es que nunca me había parado a pensar en la forma en que me expreso en consulta. Me parece que mientras que el mensaje se transmita de la forma adecuada, que no se haya hecho de la forma más bonita posible está de más.

No.