▌Iberoamerica Vol.22 No.1 [2020. 6] : 111～148
https://doi.org/10.19058/iberoamerica.2020.6.22.1.111

Formas y Funciones Fáticas de Los Rituales de Saludo y Despedida en el Contexto Médico*

Phatic Forms and Functions of Greeting and Leave-taking Rituals in Medical Context

Choi, Hong-Joo**

〈Abstract〉

One way for phatic communication to be linguistically realized involves ritual activities, such as greetings and leave-takings. These conventionalized acts in medical contexts can significantly influence both transactional and interpersonal goals. The analysis in this paper confirms that exchanging rituals such as greeting and leave-taking between doctors and patients is not a simple exchange of conventionalized linguistic symbols. In addition, the use of discursive strategies means that to determine whether an expression is phatic or not, it is necessary to analyze it from the multidimensional perspective. The phaticity is established based on the negotiation between the participants during the interaction. We have found that the interrogative form of greeting like "¿Qué tal?" (How are you?) becomes a versatile resource in the medical context. Thus, professionals need to be attentive to the discourse progress, because the phaticity of the interrogative greetings (illocutionary force) is

* This research was supported by University of Ulsan Research Fund, 2017-0115.
** 울산대학교 스페인·중남미학과. E-mail: hongjoos@ulsan.ac.kr

linked, in the vast majority, with the reaction of the patients. Also, the data confirms that when participants coordinate closings, the exchange of turns lengthens and the intervention of various discursive strategies for phatic communion becomes more prominent.

Key Words: Greeting, Leave-taking, Phatic Communication, Clinical Communication, Institutional Discourse

Ⅰ. Introducción

El encuentro entre los profesionales de la salud y los pacientes es una situación comunicativa tan interesante como compleja. Los participantes del contexto médico persiguen a un objetivo interaccional común, que consiste en completar la tarea asignada eficiente y satisfactoriamente. Para lograrlo, es necesario el equilibrio entre el habla instrumental y el social durante el transcurso de la actividad médica, es decir, el lenguaje debe ser medido no solo desde la perspectiva del cuidado físico técnico, sino también desde los aspectos psicosociales y emocionales. Pues es este punto en el que el valor discursivo de la comunicación fática prevalece. La comunicación fática se entiende como la realización lingüística para mantener y reforzar los lazos sociales. Los saludos, las despedidas, el humor o hablar sobre el tiempo son ejemplos de ella. Al ser el habla relacional positiva, que se orienta a las relaciones amigables, se observa en la gestión interrelacional de diversas actividades.

Su aparición en el entorno médico puede generar efectos significativos que influyen tanto en la meta transaccional como en la interpersonal. Y la

propiedad fática de un enunciado se establece según la negociación entre los participantes a lo largo del discurso. Estas ideas constituyen el eje central de nuestro proyecto de investigación, en el que se pretende analizar la comunicación fática en el contexto institucional médico e identificar los recursos utilizados para efectuarla. Y el presente estudio corresponde a la primera parte de la exposición del resultado del análisis, el cual explorará las formas de saludo y despedida. La razón por la que las elegimos entre varias fases que componen la actividad médica se debe a que partimos de la idea de que lo fático (phaticity) no es una propiedad inherente de unas expresiones determinadas, sino que está sujeto al contexto en el que se registra. Esto significa que los rituales de saludo y despedida pueden manifestarse con diversas formas y funciones, así como con algunas particularidades que se derivan del contexto. Este trabajo está compuesto por dos partes. La primera consiste en indagar en el concepto de la comunicación fática y en el papel que desempeña en la interacción entre el personal sanitario y el público. Y, en la segunda, se expondrá el resultado del análisis de nuestro corpus.

Ⅱ. La comunicación fática en el contexto clínico

El término *comunión fática (phatic communion)*[1] fue aducido por Malinowski. En 1914, el antropólogo polaco realiza el trabajo de campo en las islas Trobriand (la actual Papúa Nueva Guinea) y observa un fenómeno

1) La palabra *fático* se deriva de la raíz verbal griego φημι (decir, afirmar, hablar), que también es la fuente de palabras como *afasia* y *enfático* (Haberland 1996, 165).

lingüístico en la interacción entre los miembros de las tribus: "un tipo de lenguaje en el cual los lazos de unión se crean por un mero intercambio de palabras (Malinowski 1984 [1923], 334)." A través del intercambio de palabras, que no son utilizadas para transmitir significados, sino que cumplen una función primordialmente social, los miembros refuerzan la solidaridad. Es una noción que inquietó tanto a los antropólogos y los etnólogos como a los filósofos, los sociólogos y los lingüistas. La idea principal de Malinowski (Malinowski 1984 [1923]) es que el lenguaje en sus formas primitivas no fue un instrumento de reflexión ni fue un registro de un pensamiento, sino que las expresiones estaban encajadas en la acción. Insiste en que el significado del lenguaje solo puede comprenderse partiendo de la función directa del lenguaje en acción. A base de esa idea sobre la naturaleza del lenguaje, el antropólogo advierte que requiere especial atención el caso del lenguaje utilizado en el intercambio social libre, carente de finalidad. Las preguntas sobre la salud, los comentarios sobre el tiempo, las afirmaciones de algún estado de cosas absolutamente obvio o las manifestaciones de preferencia son "meras formas de sociabilidad (Malinowski 1984 [1923], 333)." Para él, todas estas expresiones son "un acto que cumple la finalidad directa de vincular el oyente al hablante por un nexo de algún sentimiento social o de otra clase (Malinowski 1984 [1923], 335)." De tal modo, las frases de mera cortesía se convierten en un modo de acción social. Este fenómeno observado en las sociedades salvajes se aprecia también en las civilizadas porque la tendencia a congregarse, a unirse, a gozar recíprocamente de la compañía es uno de los aspectos fundamentales de la naturaleza del hombre (ibid.).

Por otro lado, la actividad comunicativa que tiene lugar en el hospital (o la consulta médica) ha sido objeto de numerosas investigaciones desde varios ángulos académicos. Se producen diversos tipos de interrelación en dicho contexto, pero la comunicación clínica puede ser clasificada en dos categorías según los participantes: por un lado, la comunicación entre el personal sanitario (médicos, enfermeros, responsables de administración u otros profesionales afines) y los pacientes (sus familiares o acompañantes) y, por otro lado, la comunicación entre los colegas. En la lingüística, concretamente, en la tradición del análisis del discurso, el foco de atención se entronca en la interacción entre médico y paciente. El tema más abordado es 'dar malas noticias' pero quedan pendientes muchos temas por investigar: 'entrevista en oncología, en emergencias, en catástrofe', 'donación de órganos', 'duelo', 'abordaje de errores', etc. A pesar de la importancia de este tipo de investigaciones por la aplicación útil y directa de su resultado al ámbito profesional (por ejemplo, al entrenamiento en habilidades comunicacionales de los médicos), no se realiza una cantidad satisfactoria de investigaciones empíricas debido a la dificultad de acceso a los contextos para llevar a cabo el trabajo de campo. Además, al ser una línea de investigación inherente y necesariamente interdisciplinaria entre la lingüística y la medicina, se requiere la colaboración entre los investigadores y los profesionales, que resulta, muchas veces, poco factible.

Para indagar en la comunicación fática en la interacción entre médico y paciente, es necesario entender las características discursivas de la interacción producida en el contexto sanitario. La comunicación clínica denota características del discurso institucional. Se entiende por discurso institucional

aquel que se produce entre los representantes de las instituciones y el público. La gran parte de las características discursivas descubiertas de la interacción institucional se debe a la teorización de Drew y Heritage (1992). Si las exponemos en forma de resumen, podemos aludir, en primer lugar, a la estructura estandarizada. El representante de una institución realiza la interacción comunicativa de la misma índole repetidamente, en consecuencia, tiene interiorizados unos patrones conversacionales que pone en funcionamiento desde el momento en el que se produce el encuentro profesional con el público. En segundo lugar, su mecanismo discursivo no difiere del que dispone una conversación cotidiana. Lo que distingue al discurso institucional son las restricciones conversacionales que imponen la interrelación y las especializaciones del lenguaje. Un ejemplo claro es la modalidad del par adyacente pregunta-respuesta: mientras en una conversación habitual todos los participantes pueden formular preguntas y responder a ellas, en el contexto profesional cada parte tiene asignado el papel de entrevistador o entrevistado. Otro rasgo distintivo es el uso del lenguaje específico: reducciones, (re)especificaciones y, sobre todo, jergas técnicas. Por último, quizá la más interesante es la asimetría en el poder discursivo entre los participantes durante el evento comunicativo. El hospital como una entidad institucional y el personal sanitario son agentes autorizados social y legalmente para ofrecer el servicio profesional, es decir, son ellos quienes dominan el contexto. Mientras la otra parte, que son propios pacientes o sus familiares, no está dotada del conocimiento médico ni de su gestión, de ahí que se sitúen en una posición discursiva inferior que su contraparte.

Respecto a la comunicación clínica, Goffman ([1961] 2012, 326) dejó algunas notas sobre el modelo médico y señala que la parte verbal de la interacción entre cliente y servidor[2] comprende tres componentes: el primero es técnico (consiste en un intercambio de preguntas y respuestas para obtener información pertinente a la tarea); el segundo es contractual (la formulación sobre costos aproximados, duración del trabajo y cosas por el estilo); el último es *sociable*[3] (abarca una serie de cortesías, gentilezas y muestras de cordialidad). Como queda ilustrado, la actividad comunicativa de la institución médica se constituye no solo por el diálogo transaccional, sino también por el relacional que correspondería a la comunicación fática. En efecto, la habilidad comunicativa de los médicos para estrechar vínculos interpersonales con sus pacientes influye en el resultado terapéutico. Según Mishler (1984, 95), mientras la agenda médica se centra en la evaluación y el tratamiento biomédicos, la agenda del paciente se centra en los temores personales, ansiedades y otras circunstancias cotidianas del mundo de la vida. Al efectuar la agenda médica, los médicos a menudo reprimen las preocupaciones del paciente, que pueden ser recursos substanciales para el tratamiento. En la misma línea, Walsh (2007, 34) subraya que el intercambio de anécdotas de la vida diaria (small talk) que se produce en las consultas médicas es mucho más importante de lo que valoran (es, en realidad, big talk), ya que le puede aportar al médico información crucial sobre el estado de su paciente. Además, el intento de crear camaradería y estrechar vínculos por parte del médico le ayuda al paciente a tener la

2) Goffman ([1961] 2012) aplica los modelos de servicios de reparación a la versión médica.
3) El énfasis es nuestro.

confianza en él.

Se han realizado estudios tan interesantes como valiosos sobre las formas lingüísticas para la comunión fática entre médico y paciente, pero la gran mayoría se limita a los hablantes del inglés (Coupland et al. 1992; Ragan 2000; West 2006; Walsh 2007 etc.). Son pocos los que la examinan en la comunidad hispanohablante: se destacan los trabajos de Díaz Martínez (2002), Valero Garcés (2008) y Hernández López (2012). Díaz Martínez (2008) analiza la *conversación casual,* que se refiere a la muestra del interés del médico hacia la vida cotidiana del paciente en la consulta de logopedia y Valero Garcés (2008) explora la *conversación de contacto* para ver si cumple alguna función de centralidad o permanece en la periferia de la interacción. El trabajo de Hernández López (2012) es de especial valor por ser un estudio intercultural sobre la *comunicación fática* con su función estratégica para gestionar la imagen. Los aspectos descubiertos por los estudios citados, los trataremos en adelante para ir cotejando con el resultado del análisis de nuestro corpus.

Ⅲ. Recolección de datos

En lo que concierne al método de campo, la preferencia del uso de los datos naturales (conversaciones producidas de manera natural) es defendida por los investigadores del análisis conversacional. Es necesaria la realización de estudios empíricos a base de las muestras de lenguaje natural para cualquier tipo de investigación relacionada con la conducta comunicativa de los seres humanos. No obstante, debemos defender la aplicación de un

método adecuado conforme a las necesidades y al objetivo de cada investigación, puesto que es bastante complicado obtener la autorización tanto para recoger las muestras de habla en los hospitales como para su uso con fines académicos, pero especialmente lo es al nivel individual de cada investigador. Debido a las restricciones metodológicas para llevar a cabo este proyecto de investigación, ha sido imprescindible dedicar especial atención a la búsqueda de un corpus "fiable", en el sentido de que se asemejen al desarrollo real de aquella interacción verbal.

Entre diversos géneros textuales explorados, hemos elegido las escenas del encuentro institucional médico que se registran en la serie *Centro Médico*.[4] Es un corpus apto para el objetivo de nuestro estudio por varias razones. Pese a que su género se clasifica como drama médico, es creada como un espacio educativo en el que se proyectan casos médicos reales de forma didáctica. Cada episodio comienza con una narración que introduce la información básica del caso y le sigue el desarrollo de las historias. Las narraciones y las entrevistas a los protagonistas aparecen de manera intermitente para añadir explicaciones situacionales o técnicas de la medicina. Al ser una docuficción, no se otorga tanta importancia a la ficción o a las relaciones sentimentales entre los personajes, sino que se enfoca en la faceta documental y didáctica.[5] La serie se rodó en un hospital, por lo que hace aumentar la impresión realista de las escenas.[6] El encuentro entre el

4) Es una serie producida por RTVE, que se emitió desde el 26 de octubre de 2015 hasta el 18 de enero de 2019: http://www.rtve.es/television/centro-medico/

5) No obstante, con el éxito de la audiencia se fueron incorporando nuevos personajes, en consecuencia, más dramas sobre las vidas privadas del personal del hospital y las relaciones sentimentales entre protagonistas. Es la razón por la que recogemos los datos en las primeras temporadas.

personal sanitario y el paciente tiene lugar en los siguientes espacios: recepción de la urgencia, consulta medicina, box, unidad del paciente y sala de espera del quirófano. Además, ofrece subtítulos, que facilita la labor de recopilar los fragmentos de lenguaje. Desde el punto de vista analítico, el corpus nos permite extraer los datos demográficos (la edad, el sexo, el oficio, la situación familiar y económica) de los interactuantes. Y, como es un recurso audiovisual, podemos extraer los elementos discursivos que ayudan a interpretar los enunciados: la entonación, el estado de la emoción, la expresión facial y el gesto corporal. Pero lo más significativo para el análisis es la posibilidad de observar la secuencia completa del encuentro desde el comienzo hasta el final. Este seguimiento del desarrollo de las relaciones interpersonales permite estar a la mira del dinamismo de las formas de habla social a medida que se va creando la comunión fática entre los participantes. Pese a que es la conversación no natural, nuestro corpus goza del valor analítico por la posibilidad de ofrecer las pautas para codificar los actos que se realizan con la finalidad de crear la comunión fática en la institución médica y de disponer de un sistema de categorías analíticas. El corpus utilizado para el análisis comprende a los treinta y tres episodios emitidos desde octubre de 2015 a enero de 2016.

6) Las nueve primeras temporadas se rodaron en la clínica madrileña Nuevo Parque, pero a partir de la décima la serie fue rodada en el Hospital Dental Arturo Soria de Madrid.

Ⅳ. Formas rituales: saludos y despedidas

Las acciones básicas que componen el encuentro médico y su organización general en orden de secuencia son como las siguientes (Díaz Martínez 2002, 97-100):

- saludos iniciales,
- evaluación y discusión,
- discusión y prescripción del tratamiento o de pruebas técnicas,
- inserciones causales,
- gestiones burocráticas,
- despedidas.

Según Laver (1975), la realización lingüística de la comunión fática concierne a las actividades rituales, como saludos y despedidas. El investigador subraya que este tipo de comunicación fática cumple una función propiciatoria y exploratoria en el inicio de la interacción, mientras en la final sirve para mitigar la posible impresión del rechazo (cuando una parte intenta terminar la conversación, su contraparte puede sentirla), así como para consolidar la relación social. Pues para comprobar esta función y observar su realización lingüística, se analizaron las escenas en las que se producen el saludo y la despedida de cada episodio.

1. Saludos

De los 98 saludos analizados, 40 son del primer encuentro entre los

interlocutores y, el resto, de los repetidos. Las formas que inducen a realizar un saludo en el primer contacto son varias. Una de ellas es aquella en la que los enfermeros llevan al paciente al médico y se lo presentan:

(1) (Clara, la enfermera, se acerca a la sala de espera y llama al paciente.)

Clara	Juan Campos.
Juan	Espere un segundo.
	[⋯]
Clara	Venga, vamos. Está esperando el doctor. (Llama a la puerta de la consulta.)
Doctor Blanco	¿Sí? Adelante.
Clara	¿Doctor Blanco? Buenos días. (A los pacientes) Pasen, por favor.
La mujer de Juan	*Buenos días.*
Doctor Blanco	*Hola. Buenos días.* Siéntense, por favor.

(26/10/2015)

También podemos ver las escenas en las que el paciente se encuentra en el pasillo o en la sala de espera y el médico lo guía a la consulta:

(2)

El oftalmólogo	¿Álvaro Ubez?
Álvaro	Sí.
El oftalmólogo	*¿Qué tal? Buenos días.*
Álvaro	*Hola.*
El oftalmólogo	Siéntese, por favor. Cuénteme, ¿cuándo fue la última vez que vino a revisión?

(25/11/2015)

Como se ve, antes de que se realice el saludo, la parte institucional comprueba la identidad de la persona que entra en servicio, que es la

obligación protocolaria. Es un aspecto que caracteriza el inicio de la interacción del contexto médico. Cuando se produce por primera vez el encuentro entre médico y paciente, la interacción suele desarrollarse de la siguiente manera:

(3) Carol llega a Urgencias con fuertes dolores. Su marido, Santiago, ha tenido que acompañarla a Urgencias porque apenas puede mantenerse en pie. Están esperando en boxes hasta que llegue la doctora.
Doctora Romero *Hola.*
Santiago *Hola.*
Doctora Romero ¿Carol Lago?
Carol Sí.
Doctora Romero Bien. Me ha dicho la enfermera que estabais esperándome; soy la doctora Romero. Bueno, cuénteme.
(21/12/2015)

La mayoría de los casos, se antepone el saludo monoléxico (hola) o el de dimensión temporal (buenos días) y, a continuación, los médicos abordan la tarea clínica a través de expresiones como "Cuénteme, ¿Qué le ha sucedido?", "Pues contadme, ¿cuál es el problema?" o "¿Qué es lo que te ocurre?", etc. Como se comprueba, en lo que concierne al saludo del primer contacto entre médico y paciente no revela peculiaridades discursivas. Sin embargo, hemos observado un rasgo particular en casos de emergencia. Se omite el saludo y se pone en marcha directamente la actividad médica, es decir, en este contexto institucional, cuando la transacción se prioriza, las formas interpersonales se suspenden:

(4) Leonor es una joven que acaba de sufrir un desmayo en su casa. Su madre, Eloísa, se ha llevado un buen susto porque ha estado inconsciente durante

más de cinco minutos.
Doctora Romero ¿Qué ha pasado?
Eloísa Nada, que estábamos en casa y… se me ha desmayado. Ha perdido el conocimiento.
Doctora Romero ¿Cuánto tiempo?
Eloísa Cinco minutos. Ha llegado a estar cinco, sí.
(17/12/2015)

Teniendo en cuenta una de las funciones interactivas del saludo, que contribuye a "evitar que se produzca una tensión social, provocada cuando dos personas se encuentran en una situación comunicativa potencial sin cruzar palabra (Haverkate 1994, 85)", la interacción presentada refleja de manera clara la índole del contexto con el que estamos tratando, ya que, obviamente, la omisión del saludo no se percibe como una falta de cortesía ni crea tensión, sino que se aceptan como un modo más de llevar a cabo la labor profesional en los hospitales.

Como bien se sabe, los saludos son el acto de habla expresivo y el fin ilocutivo es expresar el estado psicológico reflejado en el contenido proposicional del acto, en este caso, sería expresar el placer del encuentro. Un saludo puede servir tanto para un acercamiento e iniciación de la conversación, como para mostrar actitud positiva de crear lazos sociales afectivos. En este sentido, Haverkate (1994, 85) señala que el saludo es el acto de habla que se presenta, por excelencia, a introducir la comunión fática. Sus fórmulas dependen de los factores discursivos, por ejemplo, el contexto en el que se realizan o la relación entre los interlocutores, etc. Kerbrat-Orecchioni (1994, 49-55) clasifica este ritual social en dos categorías principales: por un lado, los saludos propiamente dichos, que pueden ser hola o buenos días y, por otro lado, los saludos complementarios, que son

saludos en forma de preguntas como ¿qué tal? o ¿cómo estás? Pues bien, según el resultado del análisis, el aspecto más llamativo de los saludos realizados entre el personal sanitario y el paciente se relaciona con los últimos. Y los saludos interrogativos que se recopilaron de nuestro corpus son los siguientes: *¿qué tal?, ¿qué tal estás (está)?, ¿qué tal vas (va)?, ¿qué tal te encuentras (se encuentra)?, ¿cómo estás (está)?, ¿cómo te encuentras (se encuentra)?, ¿cómo sigues?* Este tipo de saludos aparece casi cinco veces más en los encuentros repetidos.

Estos saludos son formas rituales que perdieron su significado léxico propio debido al proceso de convencionalización, es decir, no se realizan para extraer información proposicional. Además, desde el punto de vista de la organización discursiva, los saludos intercambiados en contextos institucionales destacan por su valor estratégico, puesto que sirven como una señal de que los interlocutores están listos para iniciar la tarea profesional. Sin embargo, el análisis del corpus indica que, cuando aquellos son emitidos por el personal sanitario, pueden recuperar su valor semántico:

(5) Sancho ha llegado al hospital con signos de fuerte infección de las vías respiratorias, fiebre, tos y dificultad para respirar. Le están haciendo una radiografía de tórax para descartar una neumonía.
Doctor Dacaret *¿Cómo estás, Sancho?*
Sancho Me duele… Me duele. (Tose.)
(06/01/2016)

(6) Laura acude al hospital porque tiene fiebre, malestar general y dolor muscular.
Doctora Romero *¿Cómo vas?*
Laura Me cuesta respirar.
Doctora Romero Te voy a auscultar. Respira profundamente.
(30/10/2016)

El rol institucional del personal sanitario hace que el saludo interrogativo convencionalizado o estandarizado, carente del contenido profesional, recupere su fuerza ilocutiva. Esto ocurre, a nuestro juicio, porque la función fática de los saludos en la apertura del intercambio se entrecruza con el inicio de la práctica médica. Es decir, su valor interrogativo no está desaparecido, sino retenido y lo recobra según las condiciones contextuales que se dan, pero no pierde del todo el valor interpersonal gracias a su ubicación secuencial. Hernández López (2012, 267) señala que la información personal solicitada por el personal sanitario no puede ser considerada como parte de la comunicación fática, pero, según nuestros datos, hay casos en los que no está claro si el uso de los saludos interrogativos es relacional o instrumental. Dicha ambigüedad puede deberse, además de su ubicación secuencial, a la característica del discurso clínico. A diferencia de lo que pasa con la atención al público de otras instituciones, para los profesionales de la salud es importante empatizar con el paciente para favorecer el transcurso de la actividad médica. Pues el contacto inicial, es decir, el modo de recibir al paciente y saludarlo, es el escenario clave para entablar la relación e ir implantando la confianza. Lo que queremos destacar es que los saludos interrogativos en las consultas médicas, si bien recuperan el valor semántico, no pueden ser totalmente exentos de la función fática. La consulta comienza con el habitual ritual de saludo y el médico muestra interés general por la condición del paciente y se pueden dar comentarios generales sobre la vida del paciente, su aspecto general, o comentarios sobre la cita, la espera, etc. (Díaz Martínez 2002, 97). Pues esto es un acto fático. De tal modo, conseguir la información relevante al estado de su

paciente a través de las preguntas rituales no se relega de la intención fática, aunque sí tienden a ajustarse más a la necesidad profesional.

Pues bien, para comprobar la propiedad fática (*phaticity*) de los saludos interrogativos, hemos examinado la fuerza ilocutiva de todos aquellos que se registran en nuestros datos. Seguimos a la argumentación de Sacks (1975) a la hora de aplicar el criterio para determinar si un saludo interrogativo es fático o instrumental. Según el investigador, si bien "How are you?" puede ser la pregunta más frecuente como una forma de saludo, es el receptor quien decide si la interacción prosigue o no. Es decir, el receptor pone en marcha el mecanismo conversacional y determina si el emisor es capaz o no de acoger alguna información particular y de manejarla en el momento de la interacción. Y hemos comprobado que, efectivamente, la propiedad fática de los saludos interrogativos se vincula, en su gran mayoría, con la reacción de los pacientes. Si la respuesta es relevante al contexto, se interpreta que no es para crear la comunión fática, sino es de índole instrumental. Además, como nuestros datos nos permiten examinar la interacción audiovisualmente, comprobamos que los elementos extralingüísticos intervienen a la hora de determinar su valor semántico. Entre ellos, lo que más se destaca es la prosodia: cuando se emite como un saludo, la prosodia es más relajada, en cambio, si quiere recalcar su función interrogativa, la prosodia es más tensa.

Entre los 98 saludos extraídos, aparecen unos 56 saludos interrogativos: mientras la gran mayoría (42 saludos interrogativos) se emplea con la finalidad transaccional, solo los 14 cumplen la función fática. Veamos, primero, los emitidos por médicos de uso meramente fático. Son casos en

los que los pacientes corresponden con una respuesta convencional (bien) o con otro saludo (hola):

(7) El doctor Dacaret acaba de recibir los resultados de la analítica de Luciano: el electricista que la tarde anterior fue ingresado por un problema en el hígado (El paciente está en su habitación, acompañado de su madre).

Doctor Dacaret	Hola.
Luciano	Buenas doctor.
Doctor Dacaret	*¿Qué tal?*
Carmen	*Hola.*
Luciano	Mi madre, Carmen…
Doctor Dacaret	Encantado.
Carmen	Hola.
Luciano	Doctor Hamman.
Doctor Dacaret	Por fin, que me habló muchas veces de usted.
Luciano	Sí.
Carmen	Ah, ¿sí?
Doctor Dacaret	Sí. Y muy bien, ¿eh?
Carmen	Sí.
Doctor Dacaret	*¿Qué tal estás?*
Luciano	Pues un poco como ayer: con náuseas, un poco cansado… Regulero.

(28/12/2015)

El médico inicia la interacción, aparte de la entrada física a la unidad del paciente, con el saludo monoléxico “Hola” y emite el primer saludo complementario “¿Qué tal?” con la función fática. Lo clasificamos cómo fático debido a que está dirigido, según la escena, tanto al paciente como a su madre. Cuando se está terminando el ritual de la presentación, el médico inicia ya la tarea con la pregunta “¿Qué tal estás?”, enfocándose en la transacción a través de la conjugación verbal de la segunda persona, que especifica el destinatario, el paciente.

(8) Cuca viene a la consulta de la doctora Rey porque desde hace unos días tiene más sueño de lo normal; se siente débil y tiene dolores de cabeza.

Doctora Rey	Hola.
Cuca	Hola
El marido de Cuca	Hola.
Doctora Rey	*¿Qué tal?*
Cuca y su marido	*Bien.*
Doctora Rey	Soy la doctora Marina Rey.
Cuca	¿Qué tal?
Doctora Rey	*Contadme, ¿qué os trae por aquí?*

(22/01/2016)

(9) Fede, un paciente habitual de la doctora Romero, acude a consulta algo preocupado.

Doctora Romero	Hola, Fede, *¿qué tal?*
Fede	*Hola.*

(07/01/2016)

Los fragmentos presentados arriba son en los que el saludo interrogativo cumple con su función original, por lo que en el (8) la doctora opta por iniciar la actividad clínica emitiendo el siguiente enunciado: "Contadme, ¿qué os trae por aquí?". Debido a la dualidad o ambigüedad de los saludos interrogativos en este contexto, si el médico quiere avanzar con su deber profesional, tendrá que recurrir a otros recursos lingüísticos. De hecho, se observa el uso de las estrategias discursivas para que un saludo interrogativo pierda su convencionalidad y que tenga una mayor fuerza ilocutiva. Según el resultado del análisis, aquellas que sirven para el objetivo laboral tienden a ser más elaboradas. Por ejemplo, como ya se ha visto en el ejemplo (7), las preguntas se especifican a través de la deixis personal (el uso del pronombre personal o del nombre de los pacientes). Existen más casos similares:

(10) Nerea es una joven de 19 años que presenta desde hace días dolor en el abdomen, fatiga y náuseas. Ha acudido a Urgencias junto a su madre. Y se ha hecho una prueba de embarazo, tras admitir que mantuvo relaciones sexuales sin protección.

Doctor Dacaret	*¿Qué tal estás?*
Nerea	*Hola.*
La madre	Tiene un poquito más de fiebre.
Doctor Dacaret	Ya lo veo. Hemos encontrado una infección bacteriana. Estamos intentando encontrar el origen. Por eso estamos haciendo pruebas y estamos investigando. (Dirigiéndose a la paciente)
	¿Qué tal te encuentras tú?
Nerea	Bueno…

(16/12/2015)

(11) Marc es un exsoldado que ha venido al centro clínico porque desde hace una semana tiene fiebre y dolores musculares. Y vuelve al hospital días después acompañado por su madre. Sus síntomas han empeorado. (Está ingresado haciéndose unos análisis.)

Doctor Dacaret	*¿Qué tal estás, Marc?*
Marc	Pues la verdad es que estoy bastante mejor, ¿eh? Me encuentro muy animado.
Doctor Dacaret	Tengo el resultado de los análisis.

(09/12/2015)

Son muchos los estudios que indagan en diversas funciones discursivas del pronombre *tú* como forma de tratamiento. La extensión de su uso con la función empática es la que se observa en el ejemplo (10). El hospital, como contexto comunicativo, es bastante rígido, puesto que se debe seguir de manera estricta la sistematicidad institucional y eso genera la asimetría en el poder discursivo entre los participantes. Asimismo, el empleo del *tú* o el nombre de pila se percibe como estrategia mitigadora y el efecto pragmático esperado es establecer un nexo de confianza.

Se expone otro ejemplo en el que se destaca la repetición de dos saludos complementarios como estrategia discursiva:

(12) Marian López ha venido al hospital porque sufre un dolor en el hombro derecho. Hace un mes sufrió una caída, y el dolor no ha remitido (El doctor la visita después de la operación).
Doctor Herranz Buenos días.
Marian Hola.
Doctor Herranz *¿Qué tal? ¿Cómo te encuentras?*
Marian Fff… Me duele todo. Estoy supercansada. Pero bueno, no lo llevo mal.
(14/01/2016)

En todos los casos en los que aparece dicha repetición (12 casos), la pregunta rutinaria que antecede es "¿Qué tal?" y le sigue otra para el diagnóstico, que se concreta con el verbo *encontrarse*. Esta tendencia se queda bien ilustrada también en las conversaciones producidas de manera natural entre médico y paciente del estudio de Díaz Martínez (2002, 102-104), lo cual ampara el valor analítico de nuestro corpus. El autor se limita a mencionar que la emisión de "¿Cómo se encuentra?" después de la de "¿Qué tal?" es una reformulación para iniciar la secuencia de evaluación clínica. Es cierto, pero, en nuestra opinión, se puede argumentar que dicha reformulación forma parte del proceso de inferencia conversacional. Es decir, emitir dos preguntas formularias consecutivamente es un intento de superar la convencionalidad comprometida en "¿Qué tal?", tan comúnmente utilizada, pero no siempre contestada. En un intercambio habitual de saludos, los participantes no se implican en la evaluación del verdadero estado, es decir, aquella pregunta en forma de saludo no suele ser

interpretada literalmente. Así que la respuesta convencional y común es "Bien" u otro saludo. Pero, en el contexto médico, el saludo interrogativo requiere un proceso bastante complicado de la inferencia sobre el objetivo comunicativo.[7] Y la ambigüedad se resuelve normalmente en los turnos siguientes gracias a otra inferencia por parte de los pacientes, que están cooperando conversacionalmente.

En este sentido, la investigación de Coupland et al. (1992), que es una de las pocas que abordan el valor discursivo de "How are you?" en el contexto médico, explica su uso en términos de negociabilidad discursiva. Los investigadores interpretan que, cuando los pacientes dan una respuesta no negativa ("alright thank you", "oh I'm fine thank you", "not too bad", etc.), la pregunta del médico se ha aceptado con valor propiciatorio (para calmar la ansiedad y establecer una buena relación). Se observa que dicha función fática aparece especialmente en el primer turno de la conversación, es decir, al inicio del encuentro, aunque, a medida que avanza el discurso, los pacientes empiezan a contar sus verdaderos problemas clínicos. Y añaden que sus datos afirman la existencia de algún tipo de acuerdo (de ninguna manera uniforme o simple de identificar) en cuanto a cuándo "How are you?" pretende provocar la respuesta sobre síntomas o problemas, y cuándo, por lo tanto, es apropiado responder con informaciones clínicas (Coupland et al. 1992, 225-226). Pero, insisten que no hay ninguna preferencia ni prevalencia entre ambas funciones dentro del mecanismo de conversación, sino que se trata de su negociabilidad entre una función y otra, dependiendo del contexto (ibid.). Así pues, reiteramos que, basándonos

7) Para una explicación detallada sobre los saludos interrogativos y la inferencia procesada por los receptores, véanse Sacks (1975).

en el desarrollo discursivo de nuestros datos, la propiedad fática del saludo interrogativo en contexto médico no se anula, sino que está sujeta a la negociación conversacional de los participantes.

2. Despedidas

Después de una serie de pasos que compone la actividad clínica, llega la última secuencia. En esta fase se realiza la despedida y el cierre de la consulta. Al igual que el saludo, la despedida es un acto expresivo. Sus fórmulas constituyen un repertorio limitado de unidades y su función más destacada es la de indicar que la conversación se interrumpe y dejamos la compañía de nuestro interlocutor (Álvarez 2005, 61). Laver (1981, 301-302) sostiene que mientras la práctica ceremonial para la apertura de una conversación es bastante breve, las rutinas lingüísticas en la fase de cierre son muy elaboradas. Nuestro corpus también demostró esta tendencia: el intercambio de turnos se alarga y se hace más visible la intervención de varias estrategias discursivas, que sirven para la comunión fática. Dichas características están vinculadas con los intentos de los participantes de prevenir y reparar posibles quiebres comunicativos que puede causar el acto de poner fin a una conversación.

Según nuestros datos, los lugares en los que se producen las despedidas son la consulta medicina, los boxes o la unidad del paciente. Y la despedida en el entorno médico se proyecta en dos tipos desde la perspectiva espaciotemporal: la despedida transitoria y la definitiva. Por un lado, las despedidas transitorias corresponden a las escenas en las que el paciente permanece en el hospital y está supuesto que el encuentro con el

médico se repetirá de manera continuada en un intervalo de tiempo relativamente corto. Por ello, la interacción para cerrar la conversación tiende a ser corta y estandarizada. Los participantes recurren a "las formas de despedidas de dimensión temporal, que se constituyen con la preposición *hasta* seguida de un adverbio o sustantivo de designación temporal precisa o genérica(Álvarez 2005, 61)":

(13) Teo y Ruth esperan a que la doctora Romero venga a comentarles los resultados de las pruebas. Ahora sabrán si los mareos y los zumbidos en el oído de Teo son a causa de la enfermedad de Meniere.

Doctora Romero	De momento no vamos a hacer más pruebas. Les voy a pedir que hagan una cosa. Tráigame todos los medicamentos que tengan en casa necesito ver los componentes, ver si alguno le está provocando alguna reacción.
Teo	En casa tenemos un cajón de medicinas, como el de todas las casas, pero ni las miramos, la verdad. No las usamos.
Doctora Romero	Perfecto. Tráigamelos, incluso los que hace mucho tiempo que no utiliza también, porque me pueden dar alguna pista para saber lo que tiene.
Ruth	Ya le dije los que tenemos.
Doctora Romero	No es que no me fie, es que cualquier pista es importante para mí, ¿de acuerdo?
Teo	Se lo traemos. Gracias, muchas gracias.
Doctora Romero	*Hasta la semana que viene.*

(16/11/2015)

(14) Leonor es una joven que acaba de sufrir un desmayo en su casa. Su madre, Eloísa, se ha llevado un buen susto porque ha estado inconsciente durante más de cinco minutos.

Eloísa	Doctora.
Leonor	Hola.
Doctora Romero	Hola. Bueno, los resultados son normales, ¿de acuerdo? O sea, no hay embarazo, no hay resto de estupefacientes, los niveles de azúcar son normales, no hay arritmias, el azúcar

	está bien, pero el colesterol está un poco alto. Y eso pues seguro que es por la dieta tan buena que llevas. Y bueno, tampoco hay signos de epilepsia, así que vamos a continuar. ¿De acuerdo?
Eloísa	Vale, vale.
Doctora Romero	Ahora mismo viene Clara.
Leonor	Vale.
Doctora Romero	Pero, Eloísa.
Eloísa	Sí.
Doctora Romero	Me gustaría que se viniera conmigo un segundito.
Eloísa	Vale, vale. Muy bien, doctora, la acompaño.
Doctora Romero	(A la paciente) Viene ahora.
Eloísa	(A la paciente) Ahora vengo, cariño.
Leonor	Sí.
Doctora Romero	*Hasta ahora.*

(17/12/2015)

Como se puede ver en la interacción que sigue a continuación, tanto el médico como la enfermera no emiten una despedida convencional al abandonar a la paciente. Cuando el reencuentro entre los hablantes está previsto dentro de poco tiempo, la despedida puede ser omitida y la sustituyen un enunciado que comunica explícitamente la marcha "Me voy" o la forma verbal gramaticalizada "venga". Estas formas funcionan como marcador de cierre de la interacción:

(15) Manuel acude a urgencias con su hija Alba, que tiene fiebre, la orina oscura, dolor abdominal y cansancio. Está muy preocupado.

Doctor Dacaret	Una última pregunta un poquito delicada. Tiene algún tipo de antecedente de leucemia. Algún familiar... aunque sea algún primo lejano, un abuelo.
Alba	(A su padre) No, ¿verdad?
Manuel	No, no.
Alba	¿Por qué, porque podría ser leucemia?

Doctor Dacaret Eres demasiado joven, Alba. Eso sería ponerse en lo peor y eso no conviene. Estate tranquila. Me voy.
(Clara, la enfermera entra a box y prepara a la paciente para las pruebas.)
Clara A ver, cariño te vas a poner el camisoncito. Aquí tienes. Si necesitas ir al servicio, están aquí a la izquierda.
Alba Vale, gracias.
Clara *Venga.*

(02/11/2015)

Por otro lado, bajo la categoría de las despedidas definitivas incluimos las escenas en las que el paciente está teniendo el último encuentro con el médico, porque está curado (o mejorado) después del tratamiento y dado de alta del hospital. Mientras que las despedidas transitorias se caracterizan por la brevedad y la convencionalidad, las definitivas se destacan por el patrón discursivo y el intercambio de bastantes elementos fáticos. Hemos comprobado que los hablantes cooperan para gestionar el final de la interacción a través de los turnos de palabra y los elementos fáticos. También ha sido posible corroborar que las fórmulas más frecuentes que marcan el cierre son "adiós" y "hasta luego". No obstante, la despedida no se completa por estas expresiones de manera aislada, sino que casi siempre se les anteponen los preludios. En este aspecto, Schegloff y Sacks (1973, 80) sostienen que una fase de cierre de conversación adecuadamente diseñada contiene al menos una secuencia que precede a la despedida (*pre-closing*) y el intercambio de despedidas (*terminal exchange*). Pues son médicos, quienes inician el cierre,[8] ya que en los hospitales ellos toman el

8) En este sentido, los estudios de White et al. (1994) y West (2006) también demuestran que son los médicos los que inician la mayoría de las despedidas de las consultas. Y West (2006, 391) subraya al respecto como lo siguiente: "The absence of terminal utterance from the patient seemed to be a noticeable absence."

papel activo y tienen el control de la interacción. Las formas más frecuentes que se anteponen a la despedida son varias: retornar a la cuestión del diagnóstico, realizar un resumen del tratamiento, hacer referencia a la evolución general del paciente, dar indicaciones para el manejo de la medicación y comprobar la comprensión del paciente al respecto. El paciente, por su parte, puede coger el turno en cualquier momento para las preguntas. Y el médico emite expresiones como "Nada más", "Y poco más", "Por mi parte poco más" para aludir a la despedida:

(16) Marta, que llegó a urgencias por una reacción alérgica, ya se encuentra estable. Tras indagar en las posibles causas, el doctor Dacaret ha concluido que Marta, podría tener alergia a un aditivo: el glutamato monosódico, muy usado en la comisa asiática.

Doctor Dacaret	Bueno, entonces vamos a hacer una cosa: vamos a eliminar del todo la comida china y, sobre todo, cuando vayas a comer algún snack o aperitivo, cualquier bolsa de patatas de las que sean, vas a fijarte en el dorso que no aparezca el aditivo "E621". Vamos a estar algún tiempo comprobando si tu organismo funciona sin ese componente, y si es así, es que hemos dado con la tecla.
Marta	Vale, o sea que elimino de la dieta todo lo que sea patata frita…
Doctor Dacaret	Fuera…
Marta	…Snacks. Vale.
Doctor Dacaret	Te lo lees y si lo detectas, se acabó.
Marta	Vale.
Doctor Dacaret	*Pues nada más*. Te espero en tres semanas.
Marta	Vale, pues muchas gracias.
Doctor Dacaret	A ti, que te vaya muy bien.
Marta	Gracias.

(27/10/2015)

(17) El doctor Dacaret acaba de recibir los resultados de la analítica de Luciano: el electricista que la tarde anterior fue ingresado por un problema en el hígado.

Doctor Dacaret	[⋯] *Por mi parte, poco más.* ¿De acuerdo?
Luciano	Pues muchas gracias, Hamman.
Doctor Dacaret	Bueno. Y su hijo está bien, señora. Así que tranquila.
La madre de Luciano	Gracias, doctor, Gracias.
Doctor Dacaret	Hasta luego.
La madre y la novia	Hasta luego.

(28/12/2015)

Es interesante observar cómo los médicos hacen uso de enunciados de actitud altruista como “Os dejo solos, ¿eh?”, “Os dejo tranquilos”, “Os dejo un rato a solas” para avisar al paciente y a su acompañante sobre el fin del encuentro:

(18) Carlos acude al hospital por una herida en la pierna que no acaba de curarse del todo. Está preocupado porque piensa que se le ha infectado. Ahora se encuentra en la unidad del paciente, acompañado por su mujer, Alba.

Doctor Herranz	Buena idea. Y también les recomiendo que...visiten a un nutricionista.
Alba	Muy bien
Doctor Herranz	Está bien comer sano, y leer e informarse, pero un nutricionista le dará consejos para evitar las carencias. Comerán sano y a Carlos no le faltará nada.
Alba	Muy bien, de acuerdo, lo haremos. Claro que sí.
Doctor Herranz	*Os dejo tranquilos que habléis, ¿vale?*
Carlos	Gracias.
Alba	Muchas gracias. Gracias.
Doctor Herranz	(A la mujer) Encantado.

(22/12/2015)

Como queda bien mostrado en los fragmentos (16), (17) y (18), en el

caso de que el paciente esté cooperando discursivamente, toma el siguiente turno y transmite el agradecimiento. Las fórmulas más frecuentes son frases nominales u oraciones que expresan la gratitud: el sustantivo *gracias* o el verbo *agradecer*. Lo que nos llama la atención es el hecho de que estas aparezcan casi siempre reforzadas con unidad de gratitud, que puede ser a través de algunos intensificadores o de la repetición del agradecimiento. Las expresiones recopiladas son "Gracias por todo", "Muchísimas gracias", "Muchas gracias, de corazón", "Muchas gracias. Gracias de verdad", "Gracias. No sé cómo agradecerle todo esto", "Gracias por todo y no sé... Gracias a ti, de verdad", "Doctor, yo quería agradecerle de nuevo todo lo que ha hecho por mi hija y por mí. Muchas gracias".

En el turno siguiente, el médico responde educadamente y sigue orientándose hacia el cierre de la consulta. La fórmula común de devolución del agradecimiento es minimizar el trabajo realizado refiriéndose al papel o la obligación profesionales. Y son estas secuencias donde aparecen más expresiones fáticas. Los médicos y enfermeros hacen comentarios informales o muestran afectos recapitulando los consejos ya dados con un tono y gesto empáticos:

(19) Pasada una semana, Ricardo, el joven que quería ser boxeador, abandona la clínica fuera de peligro. Pero con la seria advertencia de los médicos de que no puede volver a los rings. (Está despidiéndose de Pepa, la enfermera.)

Ricardo Quería pedirte perdón por haberla liado tanto y...

Pepa No te preocupes. No pasa nada. Ya sabíamos lo que te pasaba. Ya está. ¿Vale? Bueno. *Que no te quiero ver mucho por aquí. Hasta luego.*

Ricardo Hasta luego.

(16/12/2015)

(20) En la unidad de la paciente, Alba, que sufrió una hemorragia supragnoidea que casi acaba con su vida.

Doctor Dacaret	Hemos hecho un conteo de las plaquetas y ha salido muy bien el resultado, así que te vamos a dar el alta, ¿de acuerdo?
Alba	¡Qué bien!
Doctor Dacaret	¿Sí?
Alba	Muchas gracias.
Doctor Dacaret	Gracias a vosotros. De todas formas, *tienes que pensar en las instrucciones que te hemos dado. ¿De acuerdo? Y son de por vida, ¿eh?*
Alba	Sí, sí, ya se encargará mi padre de que las cumpla.
Doctor Dacaret	¿Sí?
Alba	Él es incapaz de saltarse una norma.
Doctor Dacaret	Muy bien, pues nada más. Cuídate mucho.
Alba	Muchas gracias.
El padre de Alba	Gracias.
Doctor Dacaret	Hasta luego.
Alba y su padre	Hasta luego.

(01/11/2015)

Los estudios de Laver (1975, 1981) son esclarecedores a la hora de entender las características discursivas de las despedidas en relación con la comunión fática. El investigador señala dos funciones principales de la comunicación fática en la fase de cierre de una conversación. Por un lado, permite a los participantes realizar una despedida en cooperación, puesto que el posible sentimiento de rechazo por parte de la persona que queda (esto es, en términos de la cortesía lingüística, el riesgo de dañar la imagen negativa del interlocutor) se mitiga gracias a los comentarios fáticos. Por otro lado, sirve para consolidar la relación entre los dos participantes, mediante un comportamiento que enfatiza el placer del encuentro, la afirmación de la mutua solidaridad y el acuerdo para un reencuentro en el

futuro (Laver 1975, 231). Así pues, la primera función de los comentarios fáticos en la fase de despedida se entiende como mitigación y la segunda, consolidación. Laver (1981, 303) añade que, siguiendo la norma de la cortesía, en la despedida entre los participantes que no se reúnen con frecuencia, es utilizada al menos una fase de mitigación o de consolidación, junto con alguna despedida convencional.[9)]

Teniendo en cuenta lo expuesto, creemos que algunos enunciados marcados de las conversaciones arriba presentadas encajan en el papel que juegan los elementos fáticos para la despedida. Por ejemplo, la voz humorística del (19) "Que no te quiero ver mucho por aquí" mitiga el cierre seco de la interacción institucional. Y, en la conversación (20), el médico introduce la señal del cierre del encuentro recordando las instrucciones clínicas ("tienes que pensar en las instrucciones que te hemos dado. ¿De acuerdo? Y son de por vida, ¿eh?") antes del intercambio de despedidas finales (*terminal exchange*). A primera vista, esta secuencia que precede a la despedida (*pre-closing*) no parece envolver elementos fáticos, pero si la analizamos desde varios ángulos, podemos apuntar que ayuda a gestionar de manera amigable la despedida. Según la escena, el médico se dirige a la paciente joven, acompañada por su padre, con un tono patriarcal, pero ese tono se proyecta afectivo tanto por el gesto facial y

9) Los comentarios que sirven para la primera función son de tipo "I am sorry, I have to go, I have to give a lecture" o "I'm afraid I must be off, I have to relieve the babysitter". Y para reforzar la relación sirven los enunciados que hacen referencia al placer del encuentro ("It was nice seeing you"), al bienestar futuro ("Hope your cold gets better soon"), las amonestaciones benévolas ("Watch how you go") y se dan las bendiciones ("God bless"). Mencionar sobre el próximo encuentro ("See you next Saturday") sirve también para consolidar la relación interpersonal.

corporal del médico como por el uso del marcador discursivo eh. Entre varias funciones discursivas de la interjección *eh* (Blas Arroyo 1995, 90-92), la que estamos tratando funciona como una especie de comprobativa (Blas Arroyo 1995, 99), que solicita la confirmación de que la información ha sido asimilada por el interlocutor. A nuestro juicio, la presencia de ese marcador y su estructura entonativa semiascendente, que se emplea para dicha función (De Luna 1996, 111),[10] refuerzan la actitud empática del médico.

V. Conclusión

La importancia de los estudios lingüísticos sobre el manejo del lenguaje en el contexto médico se halla en el reclamo de los propios profesionales de la salud, que ponen de relieve la necesidad de profundizar en el estudio de las relaciones interpersonales porque la medicina es una profesión orientada a atender a la humanidad doliente y la labor de los médicos consiste en curar, aliviar, consolar, confrontar física y anímicamente a una persona que padece (Gonzalez Barón y Muñoz Sánchez 2002, 1-5). Como se ha mencionado al comienzo, este artículo corresponde a la presentación de la primera parte de nuestra investigación sobre la comunicación fática en el contexto clínico y se ha tratado su manifestación en la fase del inicio y cierre del encuentro entre profesionales y su público. El análisis de los rituales de saludo y despedida nos confirma que, como bien señaló ya

10) De Luna (1996, 110-112) denomina este uso de eh con el objetivo de averiguar si el oyente comprende o si va siguiendo la intervención con atención o si está de acuerdo como "función de control".

Holmes (2000, 33), la comunicación fática es un medio por el cual negociamos relaciones interpersonales y tiene una función crucial en la conversación con implicaciones significativas, no solo para las interacciones en curso, sino también para los futuros encuentros. Como se ha comprobado, el intercambio de saludos entre médico y paciente no es un simple intercambio de símbolos lingüísticos convencionalizados y la aparición de algunas estrategias discursivas significa que, para catalogar un enunciado como fático o no, es necesario analizar la actividad comunicativa en cuestión en su totalidad. Y hemos observado que los saludos interrogativos son un recurso versátil en el entorno clínico. Con lo cual, el médico o los enfermeros tienen la necesidad de estar atentos al transcurso del discurso, puesto que la propiedad fática de los saludos interrogativos se vincula, en su gran mayoría, con la reacción de los pacientes. En lo que concierne a las despedidas, el intercambio de turnos se alarga y se hace más visible la intervención de varias estrategias discursivas, que sirven para la comunión fática. El análisis de los datos y su interpretación nos ha hecho plantear otra línea de investigación. Creemos necesario cotejar los aspectos descubiertos de nuestro corpus con los de la conversación natural, porque, como se ha señalado, los datos del presente estudio son extraídos de una docuficción médica con finalidad educativa, por lo tanto, pretende instruir y dar "modelos estándar" de lo que debería ser el encuentro entre médicos (o enfermeros) y pacientes.

Bibliografía

Álvarez, A. I. (2005), *Hablar en español,* Oviedo: Ediciones Nobel S. A.

Blas Arroyo, J. L. (1995), "La interjección como marcador discursivo: el caso de *eh*", *Anuario de Lingüística Hispánica*, Vol.XI, pp.81-117.

Coupland, J., Coupland, N. & Robinson, J. (1992), "*How are you?* Negotiating phatic communion", *Language in Society,* Vol.21, pp. 207-230.

De Luna, C. (1996), "Cualidades gramaticales y funcionales de las interjecciones españolas" in T. Kotschi, W. Oesterreicher & K. Zimmermann (eds.), *El español hablado y la cultura oral en España e Hispanoamérica,* Madrid: Bibiliteca Ibero-Americana, Frankfrut: Vervuert, pp.95-116.

Díaz Martínez, F. (2002), "Palabras, acciones y rutinas en la consulta oncológica" in M. González Barón, F. Díaz Martínez & A. Ordóñez Gallego (eds.), *La relación médico-paciente en oncología: una visión sociológica,* Barcelona: Ars Médica.

Drew, P. & Heritage, J. (1992), "Analyzing Talk at Work: An Introduction" in P. Drew & J. Heritage (eds.), *Talk at Work. Interaction in Institutional Settings,* Cambridge: Cambridge University Press, pp.3-65.

Goffman, E. ([1961] 2012), *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales,* Buenos Aires: Amorrortu.

González Barón, M., Díaz Martínez, F. & Ordóñez Gallego, A. (2002), *La relación médico-paciente en oncología: una visión sociológica,* Barcelona: Ars Médica.

Haberland, H. (1996), "Communion or communication? A historical note on one of the 'founding fathers' of pragmatics" in R. Sackmann (ed.), *Theoretical linguistics and grammatical description,* Amsterdam: Benjamins, pp.163-166.

Haverkate, H. (1994), *La cortesía verbal,* Madrid: Gredos.

Hernández López, MO. (2012), "La comunicación fática como estrategias para la gestión de la imagen en la interacción médico-paciente en Inglaterra y España", *Foro Hispánico,* Vol.44, pp.255-280.

Holmes, J. (2000), "Doing collegiality and keeping control at work: Small talk in government departments" in J. Couplan (ed.), *Small talk,* Harlow: Longman, pp.32-61.

Kerbrat-Orecchioni, C. (1994), *Les interactions verbales, tome III,* Paris: Armand Colin.

Laver, J. (1975), "Communicative functions of phatic communion" in A. Kendon, R. M. Harris & M. R. Key (eds.), *Organization of behavior in Face-to-Face interaction,* La Haya: Mouton, pp. 215-238.

Laver, J. (1981), "Linguistic routines and politeness in greeting and parting" in F. Coulmas (ed.), *Conversational routine,* La Haya: Mouton, pp.289-304.

Malinowski, B. ([1923] 1984), "El problema del significado en las lenguas primitivas" in C. K. Ogden & I. A. Richards (eds.), *El significado del significado,* Barcelona: Paidós, pp.312-360.

Mishler, E. G. (1984), *The discourse of Medicine: Dialects of medical interview,* Norwood, NJ: Ablex.

Ragan, S. (2000), "Sociable talk in women's health care contexts: two forms

of non-medical talk" in J. Couplan (ed.), *Small talk*, Harlow: Longman, pp.269-287.

Sacks, H. (1975), "Everyone has to lie" in M. Sanches & B. G. Blount (eds.), *Sociocultural dimensions of language use,* Nueva York: Academic, pp.57-80.

Schegloff, E. & Sacks, H. (1973), "Opening up closings", *Semiotica,* Vol.8, p p.289-327, versión publicada en la web (1982): https://web.stanford.edu/~eckert/PDF/schegloffOpeningUpClosings.pdf, pp.69-99.

Valero Garcés, C. (2008), "La conversación de contacto en contextos institucionales: la consulta médica", *Oralia,* Vol.11, pp.89-106.

Walsh, I. (2007), "Small talk is *big talk* in clinical discourse: appreciating the value of conversation in SLP clinical interactions", *Topics in Language Disorders,* Vol.27, No.1, pp.24-36.

West, C. (2007), "Coordinating closings in primary care visits: producing continuity of care" in J. Heritage & W. M. Douglas (eds.), *Communication in Medical Care: Interaction between primary care physicians and patients,* Cambridge: Cambridge University Press, pp. 379-415.

White, J., Levinson, W., Roter, D. (1994), "*Oh, by the way*…: the closing moments of the medical visit", *Journal of General Internal Medicine,* Vol.9, pp.24-28.

<Resumen>

Una de las realizaciones lingüísticas para la comunión fática concierne a las actividades rituales, como saludos y despedidas. Estos actos convencionalizados pueden cumplir varias funciones discursivas en el contexto médico. Al ser el habla relacional positiva que se orienta a las relaciones amigables, se observa en la gestión interrelacional de diversas actividades. Su aparición en el entorno médico puede generar efectos significativos que influyen tanto en la meta transaccional como en la interpersonal. El análisis de los rituales de saludo y despedida nos confirma que el intercambio de saludos entre médico y paciente no es un simple intercambio de símbolos lingüísticos convencionalizados. Además, la aparición de algunas estrategias discursivas significa que para catalogar un enunciado como fático o no es necesario analizar la actividad comunicativa en cuestión en su totalidad. Es decir, la propiedad fática de un enunciado se establece según la negociación entre los participantes a lo largo del discurso. Y hemos observado que los saludos interrogativos son un recurso versátil en el entorno clínico. Con lo cual, el médico o los enfermeros tienen la necesidad de estar atentos al transcurso del discurso, puesto que la propiedad fática de los saludos interrogativos se vincula, en su gran mayoría, con la reacción de los pacientes. En lo que concierne a las despedidas, el intercambio de turnos se alarga y se hace más visible la intervención de varias estrategias discursivas, que sirven para la comunión fáctica.

Palabras clave: Saludos, Despedidas, Comunicación Fática, Comunicación Clínica, Discurso Institucional

Submission of Manuscript: 4 of May, 2020
Manuscript Accepted: 29 of May, 2020
Final Manuscript: 29 of May, 2020