

De la enfermedad al paciente: la cortesía verbal en el contexto oncológico

Chávez Cámara, Gloriamarys¹

Garcés Pérez, Mercedes²

¹ Flacso Ecuador, Quito, Ecuador, gchavezcamara@gmail.com

² UCLV, Santa Clara, Cuba, mercedesg@uclv.edu.cu

Resumen: Esta investigación analiza la comunicación entre médicos, pacientes y familiares en el contexto del *Hospital Celestino Hernández Robeau* de Villa Clara. El análisis se realiza desde una perspectiva pragmalingüística y asume los postulados teóricos y metodológicos de la cortesía verbal propuestos por Penelope Brown y Stephen Levinson. El corpus proviene de la consulta Multidisciplinaria de Cáncer de Pulmón que presta asistencia médica a los pacientes de la región central de Cuba. Las consultas se grabaron en ambiente natural y con observación participante del investigador. Los participantes que componen la muestra son los médicos, pacientes y familiares de estos, de ambos sexos, que participan en la consulta. En este contexto se ponen de manifiesto las relaciones paternalista, consumista y mutual de acuerdo con la distancia, el poder y el grado de imposición de los participantes, y los intereses de cada uno de ellos. En la consulta se explicitan las voces (médica, educadora y empática) que permiten a los especialistas establecer una comunicación clara y precisa con pacientes y familiares (brindar información sobre la salud del paciente, educarlo sobre su condición médica, y establecer vínculos solidarios con pacientes y familiares). Las conclusiones manifiestan la importancia del empleo de estrategias por parte de los especialistas que comuniquen claramente la situación de salud del paciente. Asimismo se explicitan recursos comunicativos empleados que pueden influir en el bienestar de quienes asisten a la consulta; su empleo reconoce (más o menos conscientemente) la importancia de una comunicación efectiva dentro de la práctica médica.

Palabras clave: comunicación, cortesía verbal, práctica médica.

I. INTRODUCCIÓN

Resulta necesario subvertir, desde la comunicación, la interacción médica: de la enfermedad al enfermo, en tanto es este el sujeto con expectativas, cosmovisión y esperanzas con el cual el médico establece el compromiso esencialmente humano de curar. Por tal motivo, esta investigación pretende estudiar la comunicación como una importante práctica médica; específicamente la cortesía verbal en la comunicación médico-paciente en la Consulta Multidisciplinaria de Cáncer de Pulmón del Hospital *Celestino Hernández Robeau*, de Villa Clara.

Especialistas de la salud, psicólogos y sociólogos debaten acerca de la decisión de informar o no el diagnóstico al paciente, aunque en la actualidad se opta generalmente por el conocimiento que debe tener todo paciente de la enfermedad que padece, así como el pronóstico de su evolución. Quienes defienden el criterio de dar toda la información al paciente aseguran, en varios estudios, que esto interviene de forma positiva en los eventos futuros relacionados con la enfermedad.⁽¹⁾ A pesar de ello existen muy pocas herramientas de cómo hacerlo correctamente, o al menos de manera más efectiva, pues la comunicación médico-paciente supone tanta complejidad que no puede ser fijada en un único modelo.

A pesar de que en Cuba se desarrollan múltiples investigaciones relacionadas con la cura y el tratamiento del cáncer, así como la mejora en la calidad de vida de los pacientes “según el Registro Nacional de Cáncer de Cuba¹, desde 1958, el cáncer es la segunda causa de muerte en el país”(2).

Específicamente en la provincia de Villa Clara, a partir del año 2007, se han venido sucediendo varias acciones orientadas al tratamiento integral del paciente con cáncer. Así por ejemplo se definieron los algoritmos diagnósticos terapéuticos, se crearon los grupos funcionales para su control en la Atención Primaria de Salud (APS), la consulta de Neumología llamada de “sombra pulmonar” provincial y la consulta multidisciplinaria de cáncer de pulmón, que garantiza agilizar el diagnóstico y comienzo del tratamiento. Es en este contexto en el que se realiza la actual investigación.

Hoy día la medicina, y su fin último que es la sanación o la mejora en la calidad de vida de un paciente, no es privativa de estos, sino que abre sus fronteras a otras áreas del conocimiento en la búsqueda de una solución integral a los problemas de salud que pueda padecer una persona, pero que trasciende al marco familiar, e incluso comunitario.

II. MÉTODO

La investigación se realizó desde un enfoque cualitativo, en el ambiente natural donde tiene lugar la comunicación entre los médicos, pacientes y familiares: la *Consulta Multidisciplinaria de Cáncer de Pulmón del Hospital Celestino Hernández Robeau*, de Villa Clara. Es un estudio explorativo y descriptivo.

El análisis se realizó a través del método inferencial de tipo inductivo que proponen Brown y Levinson para el análisis de la cortesía verbal desde una perspectiva pragmalingüística. Por lo que el proceso de la investigación se erigió del análisis de los datos, a las generalizaciones.

Las variables fundamentales que se asumieron para el análisis de los datos fueron:

Cortesía: elemento social mantenedor del equilibrio con una manifestación y finalidad propiamente lingüísticas, referidas a la comunicación específica que se establece entre dos o más interlocutores y una manifestación sociocultural orientada a establecer relaciones armónicas que contribuyan a la construcción

¹ El Registro Nacional de Cáncer fue creado en 1964 como un instrumento para el estudio estadístico epidemiológico de esta enfermedad (Rodríguez y Martín, 2001).

de una imagen pública con valoración positiva. La cortesía implica también la descortesía, tanto la que se realiza bajo ciertas circunstancias en la que no supone una confrontación, como aquella que sí deviene conflicto, pero que no supone la ruptura absoluta de la comunicación, ni el cese de las relaciones sociales, ni la construcción, desde otra perspectiva, de la imagen pública.

Imagen: auto-imagen pública que cada miembro quiere reclamar para sí mismo (3).

Imagen positiva: el deseo (en algunos aspectos) de ser aprobados (3).

Imagen negativa: el deseo de no tener obstáculos en las acciones que uno realiza (3).

FTA: ciertos tipos de actos que intrínsecamente amenazan la imagen, por su naturaleza son contrarios a los deseos de la imagen del destinatario y/o del emisor. (3).

Mitigación: estrategia conversacional vinculada a la relación interlocutiva, que mitiga la fuerza ilocutiva de una acción o la fuerza significativa de una palabra, de una expresión (4).

Intensificación: es el realce de uno o algunos elementos del enunciado o de la enunciación (4).

Distancia: dimensión social simétrica de similitud/diferencia dentro de la cual se encuentran S y H para los efectos de este acto. (3).

Poder: dimensión social asimétrica de poder relativo (...), es el grado en el que H puede imponer sus propios planes y su propia auto-evaluación (imagen) a expensas de los planes de S y su auto-evaluación. (3).

Grado de imposición: grado definido de imposiciones por la magnitud en que se considera que interfiere con los deseos de un agente, su autodeterminación o aprobación (los deseos de su imagen negativa y positiva) (3).

En este caso los participantes en la muestra fueron todos los médicos, pacientes y familiares que asistieron a la Consulta Multidisciplinaria...entre el 9 de abril y el 14 de mayo de 2015. Fueron analizadas cinco consultas en su totalidad ya que estas tienen una periodicidad semanal.

Para la inserción en el contexto clínico mediante la observación participante se tuvieron en cuenta los criterios de conveniencia y accesibilidad; el primero se efectuó basado en que la Consulta Multidisciplinaria de Cáncer de Pulmón se inscribe en el contexto clínico oncológico que se acometió estudiar, así como que la participación de disímiles voces en la comunicación permitió abordar la cortesía verbal en el contexto clínico desde una perspectiva extensiva y holística donde se transparentó la complejidad que reviste este contexto. La accesibilidad igualmente fue factible pues se elaboró una carta de solicitud al director del *Hospital Celestino Hernández Robeau*, donde se explicitó el motivo de la investigación, así como su justificación y características. Una vez aceptada la solicitud se explicó a los médicos integrantes de la Consulta Multidisciplinaria... los objetivos y las características de la investigación. De igual manera se elaboró un Consentimiento Informado que fue firmado por los especialistas participantes en la investigación.

III. RESULTADOS

En la Consulta Multidisciplinaria de Cáncer de Pulmón la comunicación no se realiza únicamente entre médico y paciente, sino que confluyen más personas que estas dos, que son las que usualmente suelen integrar el contexto de una consulta médica. Aunque para el estudio y la sistematización de la relación que se establece entre el médico y el paciente en el contexto de la consulta se asumen las distinciones que realizan Ezequiel Emanuel y Linda Emanuel (5), es necesario destacar que entre cada una de estas distinciones (paternalista, consumista, mutua y ausente) no existe un límite claro y definido, pues un enunciado puede evidenciar rasgos de más de una de estas distinciones.

En primer lugar, en la relación paternalista el médico asume la función de protector del bienestar físico y emocional del paciente, basado en la responsabilidad que tiene en el tratamiento y la mejoría de este. Es el especialista quien generalmente hace uso del poder, basado en la jerarquía que le confiere el conocimiento acerca de la enfermedad y su posible tratamiento. Por ejemplo, en un enunciado como:

Ej. A: *él lo único que no puede hacer es fumar.* (Consulta 1, Paciente 1)

El médico realiza un FTA (acto de habla amenazante) sin acción correctora (mitigación o intensificación), el cual tiene un carácter restrictivo hacia la imagen negativa del paciente, pero este enunciado, aunque por su esencia restrictiva es descortés, en este contexto connota precisamente la responsabilidad que establece el médico con el bienestar del paciente.

Otra manifestación de esta relación se propone a continuación:

Ej. B: *lleva un tratamiento para levantarlo un poquito, ponerle sus vitaminas, sus cosas. (...) Para mañana guapearle un T.A.C. contrastado.* (Consulta 1, Paciente 1)

En este enunciado destaca el uso de un término propio de la variante cubana del español, el verbo *guapear*, que además de las acepciones que registra el DRAE², en este contexto se refiere al esfuerzo que realiza una persona para obtener algo. Es un término del registro popular que en este contexto influye en la distancia entre el médico y el paciente; se acorta la distancia entre ambos con un trato de familiaridad, mediante el compromiso de participar activamente para lograr realizarle al paciente una prueba cuyo acceso es dificultoso en el contexto cubano.

El paciente o el familiar en pocas ocasiones sugieren o indaga por tratamientos específicos, pues asumen que el médico tiene conocimientos suficientes y muy superiores a los suyos; en este caso es cuando el paciente reconoce el P (Poder) del especialista y asume el tipo de relación que el médico propone. Sin embargo, en el contexto cubano el paciente y quienes le acompañan, en algunas ocasiones, acuden a la consulta con un conocimiento previo, que muchas veces implica mitos o falsas creencias acerca del cáncer; por ejemplo, la quimioterapia es asociada tácitamente con reacciones fisiológicas, malestar y sufrimiento al paciente durante el período de administración. En tal sentido en el siguiente ejemplo se evidencia una relación consumista donde es el paciente quien sugiere el tratamiento que él estima mejor, a la vez que es posible inferir que detrás de esa solicitud subyacen temores asociados al tratamiento de quimioterapia:

Ej. F: *el tratamiento consiste en quimioterapia, una quimioterapia orientada a su edad y a su enfermedad.*

P: *¿eso es suero?*

F: *Sí, suero citostático.*

P: *¿y no es mejor vacuna?*

F: *no, la vacuna pa' usted no sirve. Usted tiene una enfermedad del pulmón, que si yo fuera a tener una la que quiero es esa.* (Consulta 3, Paciente 8)

Mediante la voz educadora el médico explica al paciente por qué no se le puede administrar el tratamiento que este solicita. El médico realiza un FTA sin acción correctora en el enunciado: *no, la vacuna pa' usted no sirve*, pues se infiere que el médico alude a que el paciente está equivocado, lo cual atenta contra la imagen positiva del paciente, pero luego el médico realiza un enunciado intensificador, donde explicita que la enfermedad que padece el paciente hace posible su curación, por lo que se identifica con él en una hipotética inversión de los roles. De esta forma el ataque se atenúa, pues el paciente puede interpretar que su estado no está agravado, por lo que hay posibilidad de curación.

² En la versión en línea del DRAE disponible en: <http://dle.rae.es/?id=JgLsxbw> ninguna de las entradas registra el significado que adquiere en el contexto de esta comunicación.

En cambio la relación mutual supone un menor grado de conflicto, pues el paciente y el familiar advierten que su lugar es reconocido dentro de la interacción de la consulta, pues el médico les otorga la posibilidad de manifestar su voluntad, deseos, miedos y dudas con la finalidad de garantizar el bienestar integral del paciente.

En la Consulta Multidisciplinaria... este tipo de relación se manifiesta sobre todo en lo referido dudas y preocupaciones que puedan tener tanto las personas afectadas como sus familiares. A pesar de que la relación paternalista es la más recurrente, ello no quiere decir que pacientes y familiares solo actúan como entes pasivos. El especialista de la salud muchas veces reconoce que la información que brinda quizás no satisface todas las expectativas del paciente o sus familiares, por lo que solicitan también su colaboración para un diagnóstico y tratamiento integrales, pues una voz conjunta permite, de alguna manera, sortear las complejidades internas y externas que se presentan en la consulta. Así por ejemplo en varias consultas el médico indaga por posibles inquietudes:

Ej. F: *¿dudas? ¿preguntas? ¿algo que quieran saber?* (Consulta 3, Paciente 3)

Ej. F: *¿dudas? ¿preguntas? Si se te ocurre alguna de aquí al lunes nos vemos.* (Consulta 3 Paciente 4)

Estos dos ejemplos son similares en cuanto a la manera cómo indagan acerca de las preocupaciones de pacientes y familiares, aunque en el segundo el médico emplea un tratamiento de familiaridad usando la segunda persona del singular para dirigirse al paciente por lo que D se hace menor en este caso. El siguiente ejemplo, aunque indaga por cuestiones similares, pone de manifiesto otros elementos:

Ej. D: *dudas que ustedes tengan nosotros se las vamos a ir aclarando.* (Consulta 2, Paciente 2)

En este ejemplo, aunque el médico intenta proponer una relación mutual donde pacientes y familiares puedan manifestar sus preocupaciones, se advierte que bajo esta relación subyace la paternalista, pues la afirmación con intensificación en la segunda persona del plural (*nosotros*) ya supone, a priori, la responsabilidad de dar una respuesta precisa, convincente y unidireccional.

Es importante destacar que si bien los médicos durante su formación académica, no reciben una preparación en cuanto al empleo de las voces médicas, mediante la experiencia, y basados en la finalidad de lo que quieren comunicar, cada uno asume o reconoce estas voces, y emplean diversas estrategias en cada una de ellas.

Por otra parte, otro elemento a tener en cuenta en esta interacción es el uso de las voces médicas. Aunque son articuladas desde la perspectiva del especialista, pacientes y familiares tienen una participación decisiva en esta interacción, pues la finalidad última del especialista en el caso de la Consulta... no es la relación del médico con la enfermedad o con la localización en la que se encuentra esta, sino la atención integral a la persona enferma.

La voz propiamente médica se utiliza sobre todo con la finalidad de indagar la historia clínica del paciente para arribar a un diagnóstico lo más certero posible de la enfermedad y por tanto realizar un tratamiento adecuado. La participación del paciente y los familiares en esta voz es determinante, ya que, si ellos no construyen esa historia, anterior o presente, por la que indaga el especialista, pues el diagnóstico y el tratamiento no serán del todo certeros.

Así por ejemplo, se encuentran las preguntas referidas al padecimiento de otras afecciones vinculadas o no con la enfermedad oncológica:

Ej. A: *¿Usted padece de qué?* (Consulta 1, Paciente 1)

En cuanto a la indagación por padecimientos las preguntas se construyen de manera similar, y casi siempre son muy precisas porque asimismo debe ser la respuesta, ya que el médico no tiene un total conoci-

miento de la historia clínica pasada del paciente, más allá de lo referido en los exámenes que se le han realizado.

Con respecto a la comunicación del diagnóstico en la Consulta Multidisciplinaria... la voz educadora sobre todo está orientada a que el paciente comprenda en qué consiste su enfermedad en cuanto a las características y síntomas que puede presentar la persona en cada caso. Resulta interesante que para explicar la enfermedad se emplean eufemismos que eluden usar el término *cáncer*, o un similar al que también estén asociados mitos y connotaciones sumamente negativas. Uno de los eufemismos más empleados es el de *lesión*. El término *lesión* ya implica una mitigación ante un posible FTA a la imagen positiva del paciente, pues sustituye toda la carga negativa que implicaría la palabra *cáncer*, sin embargo, en ocasiones el médico estima realizar una mitigación más marcada en algunos contextos:

Ej. B: *¿por qué decimos esto abuela? Porque mira, tú tienes una lesioncita en el pulmón, que es chiquitica, pero que está pegadita a la pared del tórax (...) hay que hacer primero un tratamiento con sueritos y con radiaciones para poder reducir ese tumorcito.* (Consulta 5, Paciente 2)

En este enunciado se establece un tratamiento de familiaridad y consideración mayor, determinados por la avanzada edad del paciente, es posible que sea este factor el que determine el uso de diminutivos en varias partes del enunciado, incluso en el propio de *lesión*. El empleo reiterado de los diminutivos enfatiza en la atenuación de que el grado de desarrollo de la enfermedad es mínimo, así como también será mínimo el impacto del tratamiento. Además de la palabra *lesión* se emplea, con función anafórica, *tumorcito*, y este constituye uno de los escasos ejemplos donde se utiliza un término con posibles connotaciones negativas. Aunque se emplea el término, el impacto de este también se mitiga mediante el morfema facultativo con valor diminutivo.

Por su parte, la voz empática cuando se emplea el humor puede parecer otras voces, pero es la ironía, el sarcasmo, y por supuesto, el contexto, quienes aluden a que se intenta establecer una relación de empatía. El siguiente ejemplo en la primera pregunta que le realiza el médico al paciente parecería que se trata de la voz médica con la finalidad de indagar por las pruebas diagnósticas realizadas al paciente, pero luego es posible percatarse que se trata de una broma, aludiendo a una de las pruebas más embarazosas para muchos pacientes:

Ej. F: *¿Le hicieron tacto rectal? Eso no lo lleva, no te dejes decir que eso... ¿ya te lo hizo? No te lo dejes hacer.* (Consulta 3, Paciente 3)

No solo es complicado para el paciente el tratamiento, sino que las pruebas diagnósticas pueden resultar altamente invasivas y riesgosas. En ocasiones el paciente que acude a la Consulta Multidisciplinaria... ya se ha sometido a algunas de estas pruebas, por lo que además acude con el temor de que deba realizarse otras similares. El médico, intenta establecer una relación de empatía al establecer un paralelismo entre la situación del paciente y una situación que evoca:

Ej. F: *te va a pasar como a una amiga mía: hubo una época (...) en la que hacían endoscopías con propóleos ¿tú sabes lo que le pasaba? Cuando veía las mangueras de la lavadora se le hacía agua la boca. Así que te va a pasar lo mismo.* (Consulta 3, Paciente 3)

Los médicos recurren a situaciones de la cotidianidad para hacer comprensible una explicación y, por supuesto, a la vez se establecen lazos de empatía. En este ejemplo el objetivo no es precisamente explicar en qué consiste una prueba diagnóstica, si no establecer lazos empáticos. Aunque el enunciado pudiera parecer un FTA a la imagen positiva del paciente, en realidad la comparación y lo anecdótico están en función de brindar apoyo a través de la comicidad que se establece de una situación que le resulta molesta al paciente.

Concerniente al tema de la información que debe o no manejar el paciente, muchas veces este no tiene un conocimiento certero de su enfermedad o de su estado de salud, por lo que en ocasiones estima innecesario hasta su propia presencia en la consulta. En el siguiente ejemplo ante la afirmación del paciente de que su estado de salud es óptimo, el médico responde:

Ej. F: *sí pero no estés hablando mucho de lo que estás bien bien, porque estamos haciendo una brigadita pa' cortar caña, no vaya a ser que te pongamos ¿me entiendes?* (Consulta 3, Paciente 2)

Mediante el humor el médico mitiga lo que pudo haber sido un FTA a su imagen positiva, si le hubiera dicho que estaba en la consulta por su delicado estado de salud. De forma similar en el siguiente ejemplo el médico emplea el humor como estrategia de mitigación ante la realización de un FTA a la imagen positiva del paciente:

Ej. F: *sí se le cae el pelo.*

P: *no, no importa (...) ya no tengo que gastar dinero en pelarme.*

F: *no, pero fíjese, yo llevo una bola de años aquí y nunca he dejado cucarachas.* (Consulta 3, Paciente 8)

En este ejemplo es el paciente quien primero emplea el humor con la finalidad de él mismo mitigar el FTA a su imagen positiva que realiza el médico con anterioridad. Posteriormente el médico también asume el humor como estrategia para mitigar el FTA a la imagen positiva del paciente.

Aunque en los apartados anteriores se ha puesto de manifiesto el empleo del humor con diferentes fines por parte de los médicos que intervienen en la consulta, es en la voz empática donde los especialistas más manejan el humor, pues mediante esta estrategia es posible un acercamiento mayor entre médicos, pacientes y familiares, pues el primero demuestra su voluntad de establecer vínculos solidarios y afables con el paciente y sus familiares.

IV. CONCLUSIONES

Los tipos de relación no se dan de manera aislada en cada momento, sino que se imbrican entre sí y con disímiles estrategias de comunicación. En la relación paternalista, por ejemplo, son frecuentes los mandatos explícitamente restrictivos orientados a que el paciente asuma o abandone una conducta de acuerdo con lo que el médico estima beneficioso para él. Los familiares que acompañan al paciente en ocasiones asumen esta relación basados en su responsabilidad de protección. A pesar de que se realizan FTA sin acción correctora a la imagen del paciente y con un alto R, estos no implican la confrontación, ya que cuando los realiza el médico están basados en el P que le otorga su conocimiento. Los actos restrictivos que realizan los familiares tienen menor gravedad, pues la D es mucha menor entre ambos, determinada por el grado de familiaridad.

La relación consumista se manifiesta cuando pacientes y familiares asumen el poder. En ocasiones el paciente es quien sugiere el tratamiento que él estima mejor cuando teme ante un tratamiento alrededor del cual existen connotaciones negativas, por ejemplo la quimioterapia. Algunos pacientes manifiestan su voluntad de saber la realidad de su estado de salud, a pesar de que esto pueda constituir un FTA a su imagen. En esta relación también se da la intervención de los familiares cuando manifiestan su preocupación ante un síntoma del paciente sobre el cual no ha recibido suficiente información.

En esta relación el médico, mediante la voz educadora, explica y aclara falsas creencias que puedan tener pacientes y familiares, por las cuales surge la voluntad de estos de establecer una relación basados en su poder. El médico recurre al humor, sobre todo en la ejemplificación mediante una situación concreta del

contexto cubano; los términos más cercanos a la cotidianidad del paciente y sus familiares hacen posible el entendimiento a la vez logran una mayor empatía y reducen la posibilidad de un conflicto ante la intención del paciente de hacer valer su voluntad. Asimismo el médico intenta proponer otra relación: la mutual.

La relación mutual es la menos conflictiva y amenazante a la imagen. Esta se establece cuando los médicos demandan que pacientes y familiares expliciten posibles dudas y preocupaciones, sugieren o proponen tratamientos, conductas a seguir, pero reconociendo la importancia de la voluntad del paciente y la posibilidad de que sea esta la que prevalezca.

Las voces médicas también se interrelacionan de acuerdo a la finalidad que el médico persigue. Resultan medulares las preguntas: las referidas al padecimiento de otras afecciones vinculadas o no con la enfermedad oncológica, las que indagan por hábitos y estilos de vida que pudieron haber influido en la aparición y desarrollo de la enfermedad, causas o síntomas que ha presentado el paciente, o las que indagan en los procedimientos de diagnóstico y tratamiento que ha tenido el paciente previo a la asistencia a la Consulta.

Por otra parte, la voz educadora sobre está orientada a que el paciente comprenda en qué consiste su enfermedad. En esta explicación se emplean estrategias de mitigación como eufemismos que no tengan las connotaciones negativas de los términos *cáncer* o *tumor*; entre los que con mayor frecuencia se emplean está el término *lesión*. También se emplean otros con significados indeterminados como *cosa*. La voz educadora también se emplea para explicar a pacientes y familiares conductas a seguir que no están relacionadas directamente con los tratamientos clínicos, tales como una alimentación que coadyuve al tratamiento.

A partir de la educadora se generan otras voces, sobre todo la empática, donde el médico emplea recursos que a la vez que explican cuestiones referidas a la enfermedad, se construyen vínculos solidarios para que el paciente realice una determinada acción o se alude a una espiritualidad compartida; ambas acortan distancias e influyen en el actuar futuro de pacientes y familiares. Es en esta voz donde con más frecuencia los médicos emplean estrategias relacionadas con el humor, orientadas al establecimiento de interacciones armónicas que eviten el posible conflicto, tanto en los tipos de relación, como en otras voces empleadas.

REFERENCIAS

- (1) Montoya, R., Schmidt, J., García, M. P., Guardia, P., Cabezas, J. L., & Cruz, F. (2010). Influencia de la comunicación del diagnóstico y el pronóstico en el sufrimiento del enfermo terminal. *Medicina paliativa*, 17 (1), 24-30.
- (2) Rodríguez, A., & Martín, A. (2001). El registro nacional de cáncer de Cuba. Procedimientos y resultados. *Revista brasileira de Cancerología*, 47 (2), 171-177.
- (3) Brown P. and Levinson S. (2013) *Politeness. Some universals in language usage*. (22 ed.) New York. EEUU: Cambridge University Press.
- (4) Albeda, M. (2005). Discordancia entre atenuación/cortesía e intensificación/descortesía en conversaciones coloquiales. En J. Blas, M. Casanova, & M. Velando (Eds.), *Discurso y sociedad. Contribuciones al estudio de la lengua en contexto social*. (pp. 581-509). Castellón, España: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Castellón.
- (5) Emanuel, E. J., & Emanuel, L. L. (1999). Cuatro modelos de la relación médico-paciente. En A. Couceiro, *Bioética para clínicos*. (pp. 109-126).