

Trabajo de campo y diseño de un corpus lingüístico para analizar la empatía en interacciones médico-paciente en consultas de cirugía bucal

Cristina Illamola¹; Sila Pintó-Miralles²

Resumen. El objetivo de este artículo es presentar el diseño y la compilación de uno de los corpus orales que constituyen la base de análisis del proyecto VarGEmpatLing (Variación genérica de la empatía lingüística). El principal interés de este proyecto recae en analizar el conjunto de mecanismos y de recursos lingüísticos disponibles en español que favorecen la empatía en un contexto de interacción muy concreto: el ámbito médico-sanitario. Para ello, como marco teórico, se revisan, por un lado, el concepto de *empatía* y algunas de las estrategias pragmáticas que la favorecen, y, por otro, las bases del diseño de corpus de lengua oral. A continuación, se presenta el proceso concreto para diseñar el corpus CAEmIM-P y se exponen sus limitaciones, sin olvidar las consecuencias de la inevitable paradoja del investigador. En último término, se ofrece un conjunto de ejemplos de estrategias pragmáticas que favorecen la empatía, extraídas del corpus compilado, y se cierra con una reflexión sobre las futuras líneas de análisis.

Palabras clave: lingüística de corpus, diseño de corpus, empatía, pragmática

[en] Fieldwork and design of a linguistic corpus to analyze empathy in doctor-patient interactions in oral surgery consultations

Abstract. This article aims to present the design and compilation of one of the oral corpora that constitute the basis of analysis of the VarGEmpatLing project (Generic Variation of Linguistic Empathy for its acronym in Spanish). The main goal of this project lies in analysing the mechanisms and linguistic resources available in Spanish that favor empathy in a very specific context of interaction: the medical-health field. To this end, as a theoretical framework, the concept of *empathy* and some of the pragmatic strategies that favour it are reviewed, on the one hand. And, on the other hand, the fundamental bases of the design of oral text corpora are examined. Next, the concrete process of designing the CAEmIM-P corpus is presented and its limitations are outlined, without forgetting the consequences of the inevitable researcher's paradox. Finally, a set of examples of empathy-enhancing pragmatic strategies drawn from the compiled corpus is given. The paper closes with a discussion on future lines of analysis.

Keywords: corpus linguistics, corpus design, empathy, pragmatics

Cómo citar: Illamola, C.; Pintó-Miralles, S. (2022). Trabajo de campo y diseño de un corpus lingüístico para analizar la empatía en interacciones médico-paciente en consultas de cirugía bucal. *Círculo de Lingüística Aplicada a la Comunicación* 91, 143-156.

Índice. 1. Introducción. 2. La empatía. 3. Los corpus y la lingüística de corpus. 4. Objetivos del estudio y preguntas de investigación. 5. Diseño del corpus CAEmIM-P. 5.1. El trabajo de campo: recogida de datos y compilación del corpus. 5.2. Selección de la muestra de participantes. 5.2.1. Postestratificación. 5.3. Cuestiones éticas. 5.4. Limitaciones de la recogida de datos. 6. Primera aproximación al corpus. 6.1. Ejemplos. 7. Conclusiones. Agradecimientos. Referencias bibliográficas.

1. Introducción

Una de las principales preocupaciones en todos los estudios sobre el análisis del habla ha sido y sigue siendo la de lograr compilar un corpus lo suficientemente representativo y compilado mediante métodos y técnicas confiables que permitan, *a posteriori*, abordar un análisis que arroje resultados fiables que aporten contribuciones relevantes a la disciplina. Este es también el punto de partida del proyecto VarGEmpatLing (Variación genérica de la empatía lingüística), cuyo objetivo es identificar las expresiones lingüísticas y movimientos discursivos para comunicar empatía, y sistematizar su variación genérica en distintos tipos de textos interactivos, tanto en la oralidad como en el intercambio mediado (géneros electrónicos).

¹ Universitat de Barcelona (España).
Correo electrónico: cillamola@ub.edu
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2040-4040>

² Universitat de Barcelona (España).
Correo electrónico: spintomiralles@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9006-7185>

La empatía regula cómo nos comunicamos con otras personas, de qué manera las persuadimos para que acepten una idea y cómo influimos en ellas para que sientan de una determinada manera o actúen en una dirección concreta. Pero el contexto en el que se desarrollan las interacciones (relación médico-paciente, mediación de conflictos, psicoterapia, gestión empresarial, comunicación intercultural, etc.) implica un análisis multidisciplinar, en el que ya se ha venido subrayando la importancia de la comprensión empática como factor determinante en la articulación de la vida social.

Aparte, y pese a los múltiples trabajos que parten de corpus, aún no se ha encontrado un método único e ideal; por eso, cada proyecto debe seleccionar, de entre las técnicas disponibles y ya aplicadas con buenos resultados, la más adecuada a su contexto de estudio. Por lo tanto, antes de iniciar la recopilación de datos, es indispensable tener determinadas las preguntas de investigación que se quieren responder, así como los objetivos que se pretenden alcanzar con el estudio, para abordar con éxito el diseño de corpus.

En el caso concreto del análisis de la empatía en el ámbito médico-sanitario, esta se ha medido en múltiples ocasiones y mediante varios instrumentos con escalas, principalmente en las fases pre- y posquirúrgica (Moulton, 2007; Piasecky, 2003; Silverman et al., 2013; Martinovski et al., 2007; Suchman et al., 1997; Wynn y Wynn, 2006, entre otros). Sin embargo, en el contexto del español, los trabajos que examinan la empatía desde un enfoque lingüístico, pragmático y discursivo son todavía escasos o incipientes (con la excepción de los trabajos de Figueras, 2020, 2021a y b, en prensa, y Sanahuges, 2022).

El objetivo de este artículo es presentar el diseño y la compilación de uno de los corpus de muestras de interacciones orales (CAEmIM-P), base del proyecto VarGEmpatLing. En las siguientes páginas se describen las distintas fases de la creación de dicho corpus y se ofrece una aproximación a los primeros datos compilados.

2. La empatía

Aunque no es el cometido de este artículo definir la empatía ni repensarla, abrimos este apartado con una breve conceptualización. Según González de Rivera (2004), la empatía es «la acción y la capacidad de comprender, ser consciente, ser sensible o experimentar de manera vicariante los sentimientos, pensamientos y experiencias de otro, sin que esos sentimientos, pensamientos y experiencias hayan sido comunicados de manera objetiva o explícita». Además, se ha considerado un proceso social e interaccional que se construye de manera interpersonal (Sanahuges y Curell, 2021) a partir de la observación, la memoria, el conocimiento y el razonamiento.

Ahora bien, como subraya la investigación empírica desarrollada hasta la fecha desde la psicología social y cognitiva, la empatía es un constructo multidimensional que combina capacidades intersubjetivas con una base neural, cognitiva y afectiva. La complejidad del concepto justifica la dificultad para operativizarlo y, por consiguiente, de hallar una definición única del proceso empático (Olivera et al., 2011). En efecto, como destacan Cuff et al. (2014, p. 2), existe un conjunto de términos asociados que conviven, como la coempatía (compartir sentimientos debido a circunstancias comunes), la empatía (comprensión de las emociones de otra persona a través de la toma de perspectiva), la mimpatía (imitar las emociones de otra persona sin experimentarlas uno mismo), la simpatía (reaccionar intencionalmente con emoción), la transpatía (contagio emocional, en el que el individuo se «infecta» de las emociones de otra persona), la unipatía (una forma intensa de transpatía) y, por último, la eempatía, que, según González de Rivera (2005), es ese «proceso mental voluntario de exclusión de sentimientos, actitudes, pensamientos y motivaciones inducidas por otro».

Desde la perspectiva lingüística, en cambio, la empatía se conceptualiza como esa capacidad que forma parte de las habilidades comunicativas y de la resolución de conflictos, que llega hasta las nuevas competencias ciudadanas de los currículos. Además, como en todo proceso de comunicación, «implica un juego entre emisor y receptor, en el que debe existir escucha activa por parte del receptor y habilidades del emisor para hacerse comprender, libertad de expresión, claridad de expresión, continuidad, respeto y consideración» (Martínez-Pampliega, 2006). Así, puede afirmarse que la empatía está implícita en la suma de todos esos factores que se activan en la interacción (Muñoz Zapata y Chaves Castaño, 2013).

Ahora bien, como ya constataba Bourdieu (1985), Cepeda (2006) señala que «cualquier tipo de interacción comunicativa implica una imposición del hablante hacia el oyente». Es decir, cualquier conversación parte de la desigualdad comunicativa (ya sea de la desigual distribución del capital lingüístico y del cultural). Por lo tanto, los roles que se asumen en la comunicación devienen fundamentales, ya que estos además quedan condicionados directa o indirectamente por múltiples factores, entre ellos la empatía. Es decir, saber reaccionar según las circunstancias y teniendo en cuenta el estado emocional y la visión del mundo de la otra persona (Fernández-Pinto, et al., 2008).

Por su parte, Cepeda (2006) afirma que existen, a rasgos generales, dos formas de reaccionar cuando se identifican sentimientos desagradables en el interlocutor: por un lado, se puede aplicar la preocupación empática, es decir, actuar con comportamientos de refuerzo positivo y de ayuda a la otra persona. Por otro lado, puede darse que la propia persona sienta lo que se ha denominado *malestar personal* (contagiarse de

los sentimientos desagradables del otro), lo cual desemboca en no actuar ni ayudar al otro (Muñoz Zapata y Chaves Castaño, 2013).

Así pues, la empatía en la comunicación se activará –y, de forma paralela, los mecanismos lingüísticos vinculados a ella –si previamente se ha detectado cómo se siente la otra persona, y, en consecuencia, se reacciona teniendo en cuenta el estado emocional del interlocutor. Este hecho, en la interacción médico-paciente, resulta de suma importancia. Además, la empatía lingüística tiene que ver con las estrategias que emplea el hablante, ya sea consciente o inconscientemente, y esta resulta exitosa cuando se alcanza la finalidad de reducir el malestar de quien lo padece.

Pese a la relevancia de la empatía en la comunicación, solo recientemente ha sido objeto de estudio de la lingüística. Prueba de ello son los recientes trabajos de Fiehler (2002), Burlison y MacGeorge (2002), Burlison (2003), Couper-Kuhlen (2012), Pudlinski (2005), Heritage (2011), Kupetz (2014), Martinovski (2006) y Sanahuges y Curell (2021 y 2022). Sin embargo, hoy en día todavía queda pendiente abordar el análisis contrastivo de la empatía en distintos géneros discursivos interactivos, así como la identificación de los diversos patrones de construcción empática en función de la situación y de los parámetros del evento comunicativo.

Por lo que respecta al ámbito médico-sanitario, una de las cualidades más estudiadas ha sido la empatía, principalmente en los EE. UU. (Martinovski et al. 2007; Suchman et al. 1997; Wynn y Wynn 2006, entre otros). En el siglo XXI, se considera una de las competencias básicas en el aprendizaje de la medicina y, por tanto, deviene fundamental que un profesional de dicho ámbito cuente, además, con la capacidad de entender las emociones de los pacientes, sus perspectivas y sus experiencias. Así pues, alcanzar una comunicación empática es –o debería ser– el objetivo de los facultativos; pero, para ello, es preciso comprender los componentes de la empatía: el cognitivo (más relacionado con la parte de la identificación de los sentimientos de la otra persona) (Shamay-Tsoory et al., 2004) y el afectivo (entender por qué la otra persona tiene tal sentimiento, es decir, asumir las emociones del otro) (Shamay-Tsoory et al., 2011). Sin embargo, dada la naturaleza del proyecto en el que se enmarca este artículo, estas dimensiones se analizan desde la perspectiva comunicativa en el seno de las interacciones sociales.

Centrándonos en la empatía comunicativa y, más concretamente, en la empatía en la interacción entre personal médico y pacientes, diversos estudios relacionan empatía y competencia clínica: Esquerda y sus colaboradores (2015), por ejemplo, a partir del análisis de 191 estudiantes de distintos cursos de Medicina de la Facultad de Medicina de la Universitat de Lleida, constataron que, cuando el facultativo muestra altos niveles de empatía, los pacientes muestran, consecuentemente, una mayor facilidad para expresar sus síntomas y preocupaciones, lo cual deriva en una mejor anamnesis, una mayor precisión diagnóstica, una mayor participación del paciente y, en general, un aumento de la calidad de vida del paciente y una paralela reducción del estrés. Dicho en otras palabras, cuanto mayor es la empatía, mejor es también la competencia clínica, a la par que se mejora como consecuencia la comunicación y, por lo tanto, la relación médico-paciente.

Estudios en esta línea señalan, además, la estrecha vinculación con la competencia ética y ciudadana, presentes ya en los currículos de Educación Primaria y Secundaria (véase la Orden ECD/7/2013, de 9 de enero, por la que se modifica la Orden ECI/2211/2007, de 12 de julio, por la que se establece el currículo y se regula la ordenación de la Educación Primaria, y la Orden ECI/2220/2007, de 12 de julio, por la que se establece el currículo y se regula la ordenación de la Educación Secundaria Obligatoria). En nuestro ámbito de análisis en concreto, tampoco se olvida la relevancia de los «aspectos emocionales y relacionales en la deliberación y resolución de conflictos éticos, así como el valor de la medicina narrativa y su relación con la ética. Algunos autores hablan de la medicina ética como medicina empática» (Esquerda et al., 2015). Dicho en otras palabras, un buen profesional de la medicina no es aquel que es capaz de aplicar las competencias científicas y técnicas aprendidas en su etapa formativa, sino aquel que también es capaz de valerse de las competencias relacionales (Epstein y Hundert, 2002); a saber: ser capaces de relacionarnos con el mundo externo de forma autosuficiente. En definitiva, poseer unas habilidades comunicativas eficaces deben formar parte de la labor de un buen profesional médico, de ahí que incluir la enseñanza de una comunicación empática y efectiva en los currículos de las distintas especialidades médicas devenga necesario (Moore, Gómez y Kurtz, 2012).

Así pues, constatado el nexo directo entre una comunicación empática por parte del personal médico y los beneficios globales en el paciente, tanto en la fase diagnóstica como en la posoperatoria, el proyecto VarGEmpatLing tiene como finalidad estudiar los recursos lingüísticos empáticos que contribuyen a alcanzar una comunicación empática satisfactoria. Por ello, el objetivo es compilar un corpus *ad hoc* con interacciones reales en un contexto médico-sanitario entre médico y paciente, para analizarlas posteriormente tanto cualitativa como cuantitativamente, desde tres perspectivas concretas: la pragmática, el análisis de la conversación y de psicología discursiva. Más concretamente, pretendemos estudiar las estrategias verbales, supuestamente empáticas, que los hablantes objeto de estudio, en este caso específico los estudiantes del Máster de Cirugía Bucal de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universitat de Barcelona, utilizan al explicar al paciente la intervención, el proceso, el posoperatorio al que se va a someter y que, por tanto, esperan que acepte. En definitiva, se pretende reflexionar sobre el uso personal y social de la empatía.

3. Los corpus y la lingüística de corpus

La noción de *corpus* ha variado a lo largo de los siglos, pero según la lingüística actual, «a corpus typically implies a finite body of text, sampled to be maximally representative of a particular variety of a language, and which can be stored and manipulated using a computer» (McEnery y Wilson, 2001, p. 59). Guillermo Rojo (2014, p. 317; 2021, p. 1) añade algunos rasgos más: «conjunto de (fragmentos de) textos, orales o escritos, producidos en condiciones naturales, conjuntamente representativos de una lengua o una variedad lingüística, en su totalidad o en alguno(s) de sus componentes, que se almacenan en formato electrónico y se codifican con la intención de que puedan ser analizados científicamente». Si bien los especialistas concuerdan con estas definiciones, en el siguiente apartado pretendemos subrayar otras características que deben cumplir para que los corpus –y el que ahora nos ocupa, en particular– resulten útiles y respondan al objetivo de la investigación en cuestión.

En primer lugar, los datos de los corpus deben proceder de situaciones naturales, es decir, constituyen textos orales o escritos cuya intención original y real es la de comunicar algo. Por lo tanto, no son fragmentos cuyo objetivo es ejemplificar o ser una muestra ficticia para explicar algún concepto o idea, como suele ocurrir, aunque cada vez en menor medida, en algún manual de gramática o en determinados diccionarios.

Antonio Briz publicó en 2012 una acertada revisión de las carencias de los corpus del español y reflexionaba sobre las características necesarias que deberían cumplir los corpus:

Los corpus orales futuros incorporarán como criterio fundamental el de la situación, que incluiría a su vez el de los géneros y subgéneros discursivos más o menos formales o más o menos coloquiales. La situación, en nuestra opinión, es el centro de la variación y, por tanto, debería ser el criterio básico en la elaboración y desarrollo de esos corpus futuros. Y ayudaría también a resolver algunas de las cuestiones antes planteadas el hecho de partir de la creación de microcorpus de las variedades diafásicas, de géneros discursivos orales o, al menos, de aquellos géneros prototípicos de lo oral que, luego, se volcarían a un macrocorpus. Esto es, junto a las entrevistas no podrían faltar muestras de conversaciones; más aún, la conversación debería ser el tipo más representado, pues es el modo más natural y espontáneo de hablar. (Briz, 2012, p. 127)

En segundo lugar, el conjunto de datos del corpus debe ser representativo de aquello para lo que está pensado. Esto es, los datos recogidos deben ser una muestra lo más fidedigna posible de una variedad lingüística –o de una lengua– en un contexto y un tiempo específicos. Ya Biber (1993), Clear (1992) o de Haan (1992) trataron la cuestión de la representatividad en el diseño de corpus, pues los buenos resultados dependen de la constitución del corpus; esto es, de esa representatividad. En el ámbito de la sociolingüística española, Moreno Fernández (2021) incide en la relevancia de asegurar la representatividad dialectal y social de los corpus, más allá del tamaño de la muestra, porque que el corpus sea inmenso no implica que todas las submuestras dialectales o sociales queden recogidas. En palabras de Briz, «es cierto que la lengua es variada y heterogénea, y lo es también que un corpus no puede contenerlo todo, pero sí representarlo» (2012, p. 119).

En tercer lugar, aunque estrechamente relacionado con el punto anterior, hay que tener en cuenta el equilibrio del propio corpus. Dicho en otras palabras, según la naturaleza del texto, deben compilarse todos los subtipos que existan dentro de esta tipología textual y de forma equitativa. Torruella y Llisterrí (1999, p. 2) inciden en el hecho de que un corpus, por muy equilibrado que esté, «nunca puede ser la realidad sino solamente un modelo de esta, modelo que debería mostrar sus aspectos más destacados y característicos».

Dada la magnitud que hoy en día adquieren los corpus, para analizarlos de forma ágil es indispensable que los datos se encuentren en formato electrónico para así localizar rápidamente los aspectos más relevantes de nuestra investigación. A este rasgo, se le añade la necesidad de codificación para poder recuperar de forma selectiva y rápida la información; es importante vincular los metadatos que recogen toda aquella información que, *a posteriori*, nos permitirá analizar los datos a la luz de factores extralingüísticos o sociales (obviamente, en función de nuestras preguntas de investigación).

Cuando se cumplen todas estas premisas, las posibilidades de explotación aumentan si el corpus del que disponemos ha sido anotado lingüísticamente; es decir, si cada una de las formas contiene información sobre sus características léxicas y gramaticales. Aunque este proceso de anotación morfosintáctica es complejo, permite obtener en una única consulta o búsqueda todos los casos de un único lema (p. ej., todas las formas verbales de verbo *cantar*) y es previo a otras anotaciones de tipo sintáctico, semántico o pragmático.

Además, siguiendo la organización jerárquica o del continuum de los procedimientos para la recopilación de datos de Krug, Schülter y Rosenbach (2013), los corpus son la muestra de lengua más natural y menos monitorizada. Dentro de estos, a su vez, hay que establecer también una jerarquía entre aquellos corpus de textos escritos (menos naturales) y los corpus de comunicación oral grabados en secreto (más espontáneos).

Un corpus se crea para responder a una pregunta de investigación; esto es, se compilan datos y se organizan con el objetivo de analizar un aspecto concreto de la lengua. Por lo tanto, una de las características fundamentales, aunque listada casi al final, debe ser el diseño:

No se trata de la simple agregación de textos con procedencias diferentes agrupados para constituir un recurso de mayor o menor volumen, sino de un conjunto estructurado, elaborado de forma sistemática, organizado de una determinada forma y con una cierta relación cuantitativa precisa entre los subcorpus que lo componen (Rojo, 2021).

Las características de cada corpus, como se ha visto, están íntimamente relacionadas con los objetivos que subyacen a su construcción o diseño, de ahí que existan diversos tipos. Así, de forma muy sucinta, los corpus pueden ser generales/de referencia o dialectales; sincrónicos o diacrónicos; orales o escritos; generales o especializados/técnicos; cerrados o abiertos; monolingües o multilingües, y corpus codificados y anotados.

Estos compendios de textos orales y escritos son el pilar de la lingüística de corpus, una disciplina de naturaleza empírica que ya desde sus inicios (con el Brown Corpus en 1964) se aparta de la concepción racionalista chomskiana de la lengua. El fin último de esta disciplina es hallar el camino para lograr un análisis exhaustivo de determinados fenómenos lingüísticos y, si bien se ayuda de la intuición y de las valoraciones del lingüista para guiar el análisis, para comprender los resultados no se basa únicamente en ello: las nuevas tecnologías aplicadas a la lingüística permiten manejar una gran cantidad de datos para lograr lo que Quirk ha denominado *total accountability* (1992): alcanzar el análisis no solo de todos y cada uno los rasgos lingüísticos que posee un texto, sino incluso cómo estos se interrelacionan con su contexto. Dicho de otro modo, ir mucho más allá del recuento estadístico de frecuencias y variantes para abordar la interrelación de estas con variables lingüísticas, extralingüísticas y sociales.

4. Objetivos del estudio y preguntas de investigación

Como se ha comentado anteriormente, las bases del proyecto VarGEmpatLing residen en estudiar los recursos lingüísticos empáticos que contribuyen a alcanzar una comunicación empática satisfactoria. Por lo tanto, en primera instancia se pretende responder a la siguiente pregunta: ¿qué mecanismos lingüísticos favorecen o desembocan en una comunicación empática?

Este punto de partida fundamental constituye la base para entender mejor cómo funcionan las estrategias lingüísticas empáticas, hecho que, consecuentemente, nos llevará a comprender su funcionamiento y, paralelamente, nos permitirá obtener un conjunto de estrategias para poder formar profesionales. Con ello, en primer lugar, es preciso detectar aquellas situaciones que precisan una respuesta empática y, por otro lado, discernir cómo mejorar las interacciones cotidianas que requieren de estas habilidades comunicativas. Por este motivo, el corpus compila interacciones que se producen entre un cirujano bucal y un paciente que debe someterse a una intervención quirúrgica.

La finalidad del estudio es tanto descriptiva como analítica, puesto que se pretende detectar y enumerar un conjunto de estrategias lingüísticas empáticas en el contexto médico citado, pero, a su vez, pretende analizar los efectos de su empleo o de su omisión en la comunicación, y su repercusión en el paciente: disminución de la ansiedad, posibles complicaciones o quejas prospectivas, etc. En definitiva, la inclusión de estrategias empáticas en el trato médico-paciente supone un beneficio global: para el paciente y su gestión de la ansiedad, para la evolución y consecución del tratamiento y, en último término, para la imagen positiva que se construye en torno al facultativo.

Por lo tanto, citado el objetivo principal de la compilación del corpus y la hipótesis de partida, las preguntas de investigación se resumen a continuación:

- ¿Qué elementos lingüísticos contribuyen a crear estrategias que expresen empatía por parte del personal médico?
- ¿Qué tipologías de estrategias se documentan en el corpus CAEmIM-P?
- ¿En qué medida estas estrategias se distinguen de la cortesía?
- ¿Estos recursos se usan de forma protocolaria en este ámbito específico?
- ¿Un mayor uso de estrategias lingüísticas empáticas desemboca en interacciones más empáticas?
- ¿Un menor uso de estrategias lingüísticas empáticas da lugar a interacciones menos empáticas?
- ¿Existe correlación entre el grado de ansiedad del paciente y una comunicación empática por parte del facultativo?

Expuestas y planteadas las preguntas de investigación fundamentales del proyecto, en los siguientes apartados se describe la configuración del corpus, sus limitaciones y se aportan un conjunto de ejemplos como una primera aproximación a los datos.

5. Diseño del corpus CAEmIM-P

Los corpus orales son la fuente más fiel de representación de las interacciones reales con la que los investigadores cuentan hoy en día para llevar a cabo estudios empíricos (con datos objetivos, replicables y pertinentes con relación a un fenómeno concreto). Sin embargo, en los corpus de referencia (CREA, CORPES XXI), el componente oral es hoy en día aún reducido, ya que su compilación y posterior transcripción suponen una importante inversión en tiempo y recursos.

Tradicionalmente, siguiendo el trabajo iniciado por Labov y Waletzky (1967), quienes partían de narraciones de experiencia personal para sus estudios variacionistas, muchos proyectos enfocan su trabajo de campo en entrevistas (semi)dirigidas. No pueden olvidarse, los proyectos en esta línea como el de ámbito panhispánico coordinado desde la Universidad de Alcalá de Henares, el corpus PRESEEA. No obstante, como han señalado autores más recientes (Norricks, 2000; Juzwik, 2012; Thornborrow, 2012; De Fina y Johnstone, 2015), la característica fundamental de este tipo de discurso es la interacción, aspecto que desaparece en distintos grados en los corpus de referencia, de ahí la necesidad de compilar un corpus *ad hoc*.

A continuación, se describe el proceso de diseño del corpus CAEmIM-P (Corpus para el análisis de la empatía en interacciones médico-paciente) del proyecto VarGEmpatLing con el objetivo de acotar sus características y exponer sus limitaciones, porque la naturaleza del fenómeno que se está estudiando determina la metodología utilizada. En segundo lugar, nos detenemos en explicar la muestra de los participantes y las variables que la configuran; en tercer lugar, se exponen las cuestiones éticas de este tipo de estudios; en cuarto lugar, se reflexiona sobre el conjunto de limitaciones del trabajo de campo y se cierra el apartado con una breve muestra del corpus recogido.

5.1. El trabajo de campo: recogida de datos y compilación del corpus

Tras la fase de conceptualización del problema de investigación y expuestas las preguntas de investigación, a continuación se ahonda en el tipo de metodología más adecuada para alcanzar el objetivo. El proyecto VarGEmpatLing necesita en primera instancia muestras de lengua oral que hayan sido desarrolladas en un contexto real de interacción entre un facultativo y un paciente. Además, para medir la relación entre la ansiedad que presenta el paciente durante la intervención con la actuación comunicativa del médico, este estudio complementa el corpus de muestras reales de lengua oral con cuatro cuestionarios, que el paciente rellena en distintos momentos de la visita médica:

- Cuestionario de ansiedad (escala MDAS, por sus siglas en inglés, Modified Dental Anxiety Scale; en español, escala de Ansiedad Dental Modificada);
- Cuestionario de escala DFS (Dental Fear Scale, por sus siglas en inglés; en español, escala de miedo dental);
- Cuestionario de expectativas;
- Indicador CARE (por sus siglas en inglés, Consultation and Relational Empathy; en español, Indicador de empatía interpersonal en la consulta).

Puesto que el objeto de estudio en particular son los recursos lingüísticos en las interacciones, se requiere que el corpus esté complicado de una forma específica, de ahí que en una primera fase se optase por grabaciones en vídeo (con imagen y sonido de las personas participantes). Compilar un corpus en formato vídeo tiene la posibilidad de ser tratado y analizado mediante programas como Atlas.ti, *software* específico para el análisis cualitativo de datos, que en la fase de análisis permite etiquetar tanto el texto como la imagen.

En el protocolo inicial se marcó que las cámaras se situarían en una lateral y que los facultativos llevarían micrófonos de solapa conectados a la cámara, para captar la interacción con la mayor calidad posible. Sin embargo, durante las pruebas piloto, que tuvieron lugar entre los meses de enero y marzo de 2022, el contexto hospitalario y la naturaleza de las intervenciones/interacciones llevaron a prescindir de la imagen en vídeo. El hecho de ser un hospital universitario implica que en las consultas (los boxes) haya varios estudiantes, el docente, personal de enfermería, además de las personas encargadas del estudio lingüístico. La cantidad de personas no supone en sí un inconveniente, pero se convierte en tal cuando estas se mueven constantemente por delante de la cámara, hablan cerca de esta o incluso se colocan de tal forma que bloquean la visión. Además, los cables de los micrófonos pueden interferir en la movilidad necesaria para la intervención. Así, para no desnaturalizar el contexto y para no influir en exceso sobre la cotidianidad de las interacciones (véase epígrafe 5.4), se decidió que prescindir de la imagen aportaba muchos más beneficios: pasar más desapercibidos, poder acercar las grabadoras de voz y los micrófonos a los facultativos y pacientes participantes.

Otro factor relevante está relacionado con las nuevas restricciones y protocolos de seguridad derivados de la pandemia: antes de esta, los pacientes acudían a la consulta varias veces y la visita se desarrollaba, por lo general, en un único espacio. Actualmente, para no concentrar demasiadas personas en el mismo lugar, las visitas se han reducido a una (los pacientes vienen derivados directamente de su Centro de Salud). Esta se

desarrolla en dos espacios distintos, como mínimo: la sala de espera, el box, la sala de radiografías o la sala preoperatoria. Para la grabación en vídeo, todos estos movimientos suponían desplazamientos del investigador junto con el médico por varios espacios. Además, durante la intervención, evidentemente, todo el mundo lleva mascarilla (excepto el paciente), además de batas, gorros y patucos (desechables en el caso de las personas esporádicas). La suma de estos dos factores influía en la calidad del sonido de las grabaciones (ya deficiente por las mascarillas), hecho que se suma a prescindir de la imagen y priorizar el sonido.

Finalmente, se emplearon solamente grabadoras digitales (Olympus DS40, Etekcity VR-BK8 y Sony ICD-UX570), con sus respectivos micrófonos de solapa, que los facultativos podían guardar en los bolsillos de las batas. Para contrarrestar las posibles pérdidas de información al prescindir de la imagen, se decidió que los investigadores tomarían notas del trabajo de campo, que se almacenarían en un diario de notas etnográficas.

En la siguiente tabla se muestra la distribución de los cuestionarios por fases y las grabaciones:

Tabla 1 – Fases del trabajo de campo y distribución de cuestionarios

Participante	Fase 1 (sin grabación) Sala de espera	Fase 2 (con grabación) En box/sala preoperatoria, antes de la explicación	Fase 3 (con grabación) En box, después de la explicación	Fase 4 (con grabación) En box, tras la intervención
Paciente	Cuestionario MDAS Cuestionario DFS Cuestionario de expectativas	X	Cuestionario MDAS Cuestionario DFS Indicador CARE	
Facultativo			Escala de dificultad de la intervención	Escala de ansiedad

5.2. Selección de la muestra de participantes

Como en cualquier estudio, es preciso delimitar los grupos de estudio seleccionando una muestra, que en el ámbito de las ciencias sociales se conoce como *subconjunto del universo* o parte *representativa de la población*. Esta, a su vez, la conforman *unidades muestrales*, es decir, los elementos objeto de estudio. De nuevo, la muestra dependerá de las preguntas iniciales y el objetivo del estudio, que dependen, en consonancia, de qué consideramos el foco central de nuestro estudio. En este caso: las interacciones entre médico-paciente.

En esta ocasión, estamos ante una muestra no probabilística por conveniencia, puesto que los facultativos son todos los estudiantes del máster de cirugía y los pacientes son las personas que acuden al centro hospitalario. Se justifica este tipo de muestra por el fácil acceso a los participantes, porque no se espera que sea representativa de la población y porque tanto unos como otros están acostumbrados a formar parte de estudios y ensayos. Por el contrario, dado que no es representativa, el inconveniente es que no pueden obtenerse resultados estadísticos precisos (probablemente resulten sesgados), pero es posible observar tendencias y preparar futuros estudios. No hay que perder de vista que el propósito de la investigación cualitativa no es elaborar predicciones, sino más bien describir y comprender un fenómeno concreto, pues descansa en la tradición interpretativa, porque su fin último es entender el sentido de las experiencias humanas (Vivar, McQueen, Whyte y Canga Armayor, 2013).

Con todo, se establecieron un conjunto de criterios de inclusión/exclusión: los estudiantes debían pertenecer al máster (no podían ser de grado); por lo tanto, el perfil general son hombres y mujeres entre 23 y 30 años. Además, debían ser hablantes nativos de español. En cuanto a los pacientes, la única restricción que se consideró fue igualmente la lingüística, puesto que las interacciones que se buscan son aquellas que se desarrollan en español. Así, se han incluido como participantes tanto hombres como mujeres, mayores de edad y de cualquier nivel de instrucción. Por último, el tamaño de la muestra no viene determinada por cuotas, pero este se ha establecido en un mínimo de 80 interacciones.

5.2.1. Postestratificación

El objetivo de una muestra estratificada (de tipo probabilístico) es obtener estimaciones más precisas que las que se logran con un muestreo no estratificado, porque, cuanto más homogénea es internamente la población, con mayor precisión podemos formular estimaciones o afirmaciones. No obstante, hay que tener en cuenta dos factores: primero, que se analizan interacciones y estrategias; segundo, una muestra por conveniencia no permite tal estratificación. Ahora bien, *a posteriori* pueden agruparse individuos y crear perfiles con características comunes. A continuación, se indican las variables que permitirían una estratificación:

- Variables del facultativo: edad, sexo, curso, ansiedad preoperatoria (escala EVA) y dificultad posoperatoria (escala EVA).
- Variables del paciente: edad, sexo, nivel de instrucción, etnia, grado de conocimiento de la cirugía, niveles de ansiedad (extraídos de los cuestionarios citados en el epígrafe 5.1).
- Variables de la visita/intervención: tipo de intervención, duración, complicaciones.

5.3. Cuestiones éticas

En la Constitución española de 1978 se reconoce el derecho a la privacidad, y antes en la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948; pero, con la entrada en vigor del Reglamento Europeo de Protección de Datos, las leyes españolas han tenido que adaptarse a un marco europeo unitario y homogéneo. Y, así mismo, los protocolos de tratamiento de datos en materia de investigación. En consecuencia, estos deben cumplir con los requisitos y requerimientos de los Comités de Ética de la institución de la que dependen, cuyo cometido es supervisar y aprobar todas las acciones relacionadas con la obtención de datos procedentes de individuos.

En el caso concreto de esta investigación, el organismo solicitante es el Comité de Ética e Investigación con Medicamentos y Productos Sanitarios del Hospital Odontològic Universitat de Barcelona (CEIm HOUB, vinculado a la Fundació Josep Finestres). A continuación, se detallan los documentos que se ofrecen al estudiante y al paciente para cumplir con la protección de datos y para informar sobre el estudio del que formarán parte:

- **Hoja de información para el paciente**, en el que se detallan el título del proyecto, su objetivo de estudio, las pruebas que deberá completar o de las que formará parte, el nombre de un investigador y un medio de contacto, así como la información sobre el tratamiento confidencial de los datos y la voluntariedad de participación.
- **Consentimiento informado**, en el que se aclara que las grabaciones entre el cirujano y el paciente solo se utilizarán para el análisis cualitativo de la comunicación verbal y no verbal. Además, se explicitan los nombres de las personas responsables de los datos derivados del estudio, se indica que se preservará el anonimato de la persona y qué pasos hay que seguir para revocar el consentimiento. Este documento es firmado tanto por los estudiantes como por los pacientes.

5.4. Limitaciones de la recogida de datos

Como indica Rojo (2021), la vía experimental trae de forma casi intrínseca el problema de la «posible influencia que las circunstancias del instrumento (contexto, presencia de observadores, aparatos de grabación, etc.) pueden tener sobre los sujetos con los que se trabaja». Estamos ante lo que Labov ya en sus estudios fundamentales definió como *la paradoja del observador*: «To obtain the data most important for linguistic theory, we have to observe how people speak when they are not being observed. The various solutions to this paradox define the methodology» (1972, p. 113).

A partir de las características del corpus y de la recogida de datos, ahora se señalan y se desglosan las posibles carencias –y, en consecuencia, los posibles sesgos– derivadas de esta compilación de datos: respecto a las características del corpus, la supresión de las cámaras de vídeo se hizo fundamentalmente para preservar la naturaleza del contexto, aunque la presencia de elementos como los micrófonos y, obviamente, de investigadores observadores implica incluir un elemento ajeno a la situación habitual. No obstante, en las técnicas de recogida de datos, se indica que los primeros minutos de la interacción dan lugar a situaciones más formales y, por tanto, menos espontáneas porque el hablante tiene un mayor control de sus discursos, de ahí que se desechen los primeros diez minutos (Sancho Pascual, 2013). Sin embargo, en nuestro contexto, desestimar este lapso de tiempo no es posible, puesto que las explicaciones, tanto la fase preoperatoria como la posoperatoria, apenas duran unos cinco minutos.

La reacción de muchos hablantes al saber que van a ser grabados suele ser negativa y, aunque acepten, se sienten incómodos, formalizan su registro o, incluso, exageran sus actos de habla. Ante estos hechos, surgen algunas cuestiones éticas: ¿es mejor no indicárselo? ¿Hay que ocultar la grabadora o la videocámara? Ante las normativas de protección de datos, estas preguntas quedan resueltas, puesto que grabar o recoger datos sin el consentimiento del informante atentaría contra sus derechos. Con todo, hay que subrayar que el perfil de informante que acude al centro hospitalario de Bellvitge son personas conscientes de que acuden a un centro universitario, que no es una clínica odontológica privada y que, por tanto, pueden verse sometidos a algún tipo de estudio.

Varias investigaciones constatan como factor que interfiere en la recogida de datos la presencia de personas ajenas al contexto. Por ello, es importante tener en cuenta las siguientes cuestiones: en primer lugar, que no

haya demasiadas personas observando la intervención, pues este hecho podría interferir en la interacción. Ahora bien, como se ha indicado, estamos en un hospital universitario por lo que es normal y habitual que en los boxes haya varias personas, entre ellos estudiantes y docentes. No obstante, los investigadores de este proyecto no son personal habitual del centro y, aunque se necesite supervisar el desarrollo de la prueba, hay que intentar no ser intrusivo (Taylor y Bogdan, 1984). Para paliar este factor, a los investigadores se les proporcionaron batas y acreditaciones como personal del centro. Además, fueron presentados a las personas responsables de cada planta, a quienes se les explicó el proyecto, su objetivo y finalidad. Durante las visitas, varios pacientes les formularon preguntas relacionadas con el espacio o la visita (localizar los servicios, la sala de espera...), lo cual corrobora que no suponían un elemento ajeno sino propio del contexto.

Por lo que respecta a los investigadores observadores, no se ahonda en esta ocasión en los elementos a los que se enfrentan durante el trabajo de campo, aunque, como indican Shaffir, Stebbins y Turowetz (1980), suelen aflorar sentimientos de desconfianza en uno mismo, incertidumbre y frustración. Ciertamente estos disminuyen con el progreso del estudio, pero sentirse abrumados por la cantidad de información que reciben y que deben proporcionar, así como la memorización del protocolo y las fases de la recolección de datos forma parte del proceso inicial. Por esta razón, resultan tan relevantes las pruebas piloto.

Otro factor que podría considerarse, en cuanto elemento condicionador del registro y de la situación comunicativa –pero que el contexto no permite controlar–, es el tenor (Halliday, 1978); es decir, la relación entre el participante y el médico. Como se ha comentado, el número de visitas se ha reducido a raíz de la pandemia por COVID-19 y, por lo general, suele producirse solo una. Además, los pacientes se asignan a los estudiantes de forma aleatoria conforme van llegando. Este hecho descarta que puedan analizarse cuestiones como, por ejemplo, que el hecho de ser un profesional desconocido influya en la empatía, o, incluso, si el sexo o la edad del profesional afecta a la interacción. Asimismo, relacionado con el rol de cada interlocutor, en este contexto el cirujano se encuentra en una situación de superioridad respecto del paciente: es el que posee mayor control de la información y de la situación, es quien puede solucionar el problema del paciente y, por último, es quien guía el desarrollo de la interacción.

Esta circunstancia nos lleva a reflexionar sobre el concepto de *rapport* del investigador observador hacia los participantes, es decir, «penetrar a través de las “defensas contra el extraño” de la gente» (Argyris, 1952, citado en Taylor y Bogdan, 1984, p. 55). Es decir, lograr que las personas exterioricen sus sentimientos respecto del escenario y de otras personas. Huelga decir que, si bien este factor es de suma relevancia en los estudios cualitativos y en las entrevistas, en nuestro estudio deviene relevante en parte: en cuanto a los pacientes, no hay tiempo material para poder establecer ningún tipo de vínculo con el investigador; en cuanto a los estudiantes, sí es relevante y significativo porque alcanzar un cierto grado de confianza con el investigador ayuda a que estos se olviden de que su interacción está siendo grabada y observada, pese a su corta duración.

Si recuperamos el orden de las pruebas del epígrafe 5.1 (tabla 1), el paciente completa tres cuestionarios iniciales y tres tras la explicación del especialista. Durante las pruebas piloto, se propuso incluir una cuarta fase de recogida de datos, tras la intervención, donde el paciente graduase de nuevo su ansiedad, valorase la empatía del médico y recuperase las expectativas señaladas en la primera fase. Sin embargo, tras cualquier intervención quirúrgica, por mínima que sea, los pacientes no presentan las mejores facultades ni físicas ni anímicas para completar un cuestionario, puesto que el agotamiento derivado de la intervención puede interferir en la lectura atenta de preguntas. En esta fase de la visita, el paciente prestará atención a las indicaciones del médico para poder marcharse lo antes posible y descansar. A ello hay que añadirle el siguiente dato: desde que se inicia la visita hasta que finaliza, el paciente habría completado un total de seis cuestionarios (más los formularios de confidencialidad y protección de datos); por lo tanto, incrementar el número de papeles, formularios y cuestionarios no contribuye al objetivo de este estudio: la empatía. Por tanto, someter al participante a un número elevado de preguntas puede ir en contra de la consecución de estrategias lingüísticas empáticas, de manera particular, el cuestionario sobre expectativas.

Además de los factores anteriores, pueden darse otras circunstancias que condicionen el trabajo de campo, que lo ralenticen y se alargue, si bien no invalidan su diseño: por un lado, la falta de participantes. Por varios motivos o acontecimientos, es probable que las intervenciones programadas para un día concreto no puedan registrarse. Las razones principales con que se toparon los investigadores fueron la anulación de visitas, no aceptar formar parte del proyecto o problemas técnicos con las grabadoras. En segundo lugar, no hay que olvidar que, aunque el paciente acuda, los cirujanos pueden decidir no llevar a cabo la intervención. Por ejemplo, en el caso de que el paciente haya consumido estupefacientes u otras sustancias contraindicadas, o que una inflamación impida llevar a cabo la extracción o el implante, entre otras.

Estrechamente relacionado con este factor de pérdida de posibles participantes, no hay que olvidar que el estudio se desarrolla en una comunidad de habla bilingüe y que, en consecuencia, tanto los pacientes como los estudiantes pueden tener más de una lengua como lenguas propias. Este hecho condiciona en cierto modo nuestro estudio, puesto que solo se analizan las estrategias lingüísticas en español. Así, aquellas visitas que se desarrollen en catalán quedan descartadas por ahora.

A pesar del conjunto de elementos extralingüísticos que hay que tener en cuenta y que no pueden desvincularse de la interacción –y, por tanto, de las estrategias lingüísticas empáticas–, estos no han impedido recoger una

muestra suficiente de datos que permita llevar a cabo una primera aproximación a las estrategias lingüísticas. En su totalidad, son limitaciones que forman parte de la paradoja del investigador y de la casuística de cada estudio.

En resumen, nuestro corpus tiene las siguientes características: está constituido por un conjunto de muestras de lengua oral de interacciones desarrolladas en un contexto real, especializado (ámbito médico-sanitario), sincrónico, abierto (siempre se puede ampliar porque no parte de una muestra probabilística) y en español. Además, recoge situaciones naturales cuyo objetivo es comunicar algo, es representativa del tipo de interacciones del contexto médico-sanitario y, aunque es un corpus con formato electrónico, no está codificado (por ahora), aunque puede volcarse en programas informáticos para el tratamiento de datos cualitativos como Atlas.ti.

6. Primera aproximación al corpus

Actualmente nos hallamos en la fase de recogida de datos, puesto que, como se indicó líneas más arriba, la fase piloto se desarrolló en los primeros meses de 2022. Sin embargo, con las 72 entrevistas registradas hasta el momento, podemos confirmar que resultan útiles al cometido del proyecto, porque 1) es posible informatizar el corpus etiquetando las grabaciones con Atlas.ti (véase imagen 1); por lo tanto, el material es compatible con programas de análisis cualitativo; 2) aparecen estrategias propias de interacciones pragmáticas (véase el epígrafe 6.1 con ejemplos); 3) los resultados pueden correlacionarse con los distintos cuestionarios cuantitativos, y, 4) la suma de todo ello puede relacionarse con el análisis de la empatía.

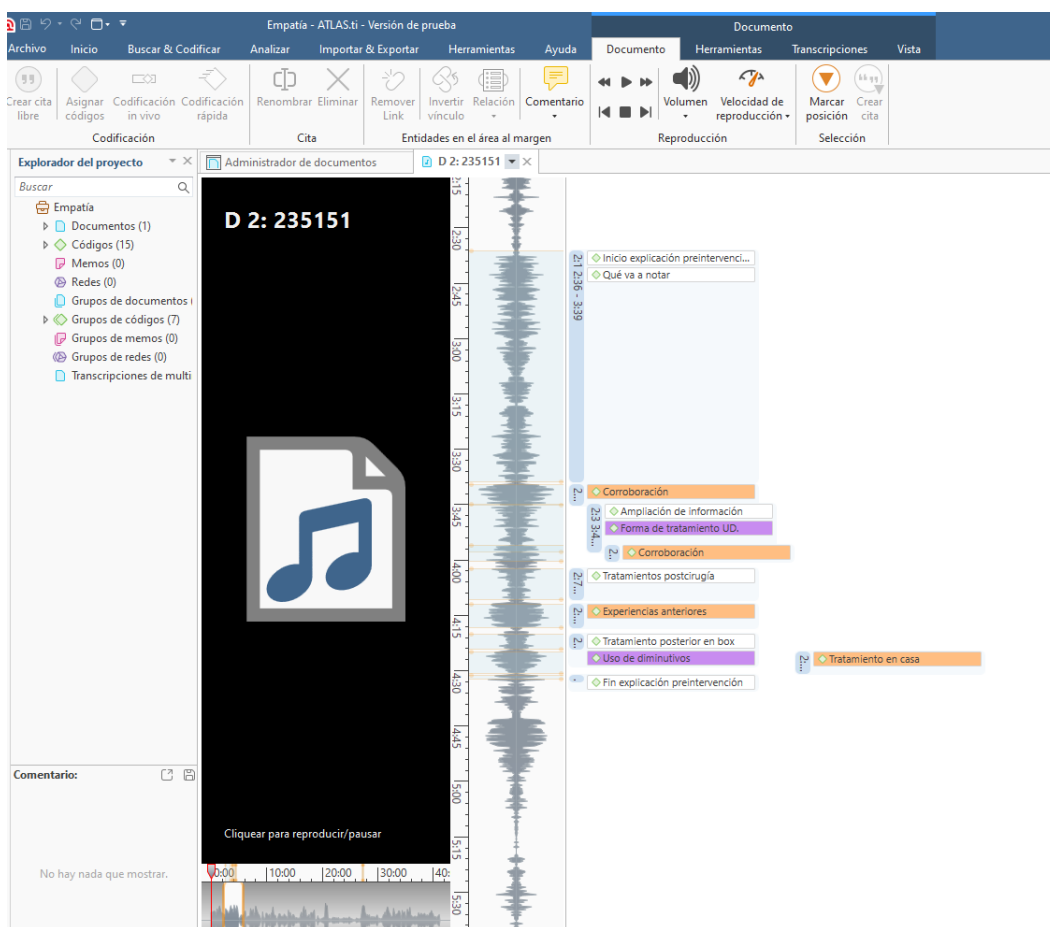


Imagen 1 – Muestra de códigos en Atlas.ti (versión 22)

6.1. Ejemplos

A continuación, se ofrecen muestras de distintas estrategias lingüísticas que favorecen la empatía. Para clasificarlas en distintas categorías, se ha partido de la propuesta de Cepeda (Cepeda, 2006). Más concretamente, aunque sin ánimo de ser exhaustivos, se clasifican los ejemplos según si dicha estrategia se relaciona con cuestiones morfosintácticas, con el uso de la información o con la estructura del propio discurso. En estos, «E» corresponde al estudiante de máster, que es quien ofrece la mayor parte de la explicación sobre la intervención,

y «P» que es el paciente. Aparte, los ejemplos aparecen sin ningún tipo de marca propia de la transcripción de lengua oral para agilizar la lectura y las apelaciones a los pacientes se han mantenido, pero con nombres ficticios.

En primer lugar, en el nivel morfosintáctico, en el momento que se explican hechos poco agradables, relacionados con el dolor o la intervención, se observa el empleo de diminutivos, en cuanto recurso atenuador del discurso:

- (1) E: Entonces te hemos puesto un **puntito**, este se va a caer solo.
[Intervención NS_1_01_22; 1:05:07 - 1:05:11]
- (2) E: Entonces le pondremos una **gasita** que tendrá que estar media hora mordiendo.
[Intervención M_1_07_22; 00:04:19 - 00:04:04]

Según Bravo (2005), el uso de diminutivos ayuda a generar una mayor cercanía interpersonal, de modo que se genera un ambiente de confianza con el paciente.

Igualmente, en el discurso se han documentado intensificadores, en nuestro caso a modo de halago. Este mecanismo pragmático ayuda a generar un mayor acercamiento hacia el paciente y a mantener un buen clima conversacional:

- (3) E: Vale ahora miraremos hacia atrás. **Muy bien, fenomenal.**
[Intervención J_2_05_22; 00:55:22 - 00:55:25]

Por otro lado, con respecto a la información que se comunica al paciente, el estudiante puede solicitar, dar, corroborar o repetir información (Cepeda, 2006). Como se ha explicado anteriormente, cabe destacar que el médico es quien controla el discurso y con él condiciona al paciente, por lo que se puede afirmar que el control de la interacción debería concentrarse en el estudiante. En consecuencia, un ejemplo de ello son las formas de tratamiento, es decir, cómo se dirige al paciente. En el corpus actual se puede comprobar que para pedir o dar información, las formas de tratamiento usadas son el tuteo y el ustedeo:

- (4) E: ¿**Quieres** hacer también la [muela] de arriba?
[Intervención J_2_04_22; 00:02:19 – 00:02:33]
- (5) E: Si **siente** dolor, nos **avisa** y paramos
[Intervención M_1_07_22; 00:02:23 – 00:02:55]

De igual modo, en algunos casos, el médico ofrece al paciente una toma de decisiones compartida. Este hecho favorece la comunicación empática, porque el paciente puede formar parte activa en la toma de decisiones. De ese modo, se minimiza la jerarquía discursiva (García, 2018, p. 3):

- (6) E: Vamos a hacer una cosa: vamos a hacer la [muela] de abajo. Cuando ya haya terminado, **te lo voy a volver a preguntar. Si tú no estás cansado y quieres, te la hago; si no, pues otro día.**
[Intervención J_2_04_22; 00:02:35 – 00:02:45]
- (7) E: Mira, Antonio, **vamos a hablar un poco de cómo va a ser la intervención**, ¿vale?
[Intervención NS_1_02_22; 00:02:44 – 00:02:46]

Además, se observa que se respetan las normas conversacionales establecidas por el discurso oral (Escandell Vidal, 1996, p. 146). Así pues, como en el discurso médico se tratan temáticas poco agradables para el paciente, es habitual encontrar preguntas de toma de contacto antes de empezar con la explicación médica correspondiente. No hay que olvidar que acudir al dentista no es agradable y los niveles de ansiedad suelen ser elevados, de ahí que estrategias como la siguiente ayuden a suavizar la atmósfera formal:

- (8) E: ¿**Cómo estás? ¿Bien?**
P: Un poco nerviosa, no sé qué me van a hacer
[Intervención NS_1_01_22; 00:56 – 01:08]

Finalmente, el uso del humor o la risa también ayuda a generar un mejor clima para que minimice el grado de ansiedad el paciente ante ciertas preguntas y se sienta cómodo con el estudiante que va a ejecutar la intervención quirúrgica (Navarro et al., 2017):

- (9) E: ¿Bebes alcohol?
 P: Bueno, a ver, alcohol, a veces sí
 E: ¿Ocasional? ¿Fin de semana? (**risas**)
 P: Ya cada vez menos
 E (**Risas**)
 P: Es que soy madre
 E: Entonces ocasional (**risas**)
 P: Sí (**risas**)

[Intervención B_3_06_22; 03:38 – 03:56]

Hasta aquí, algunos ejemplos de estrategias pragmáticas que contribuyen a construir interacciones empáticas (empleo de recursos lingüísticos corteses, atenuadores...) documentadas en nuestro corpus. Tras la fase de recogida de datos y la codificación con Atlas.ti, resultará de interés poder contabilizar la cantidad de tecnicismos usados, reformulaciones, comparaciones, etc., más allá de cuestiones cualitativas, de modo que a esos recursos pragmáticos se puedan sumar otros recursos no pragmáticos, sino discursivos.

7. Conclusiones

A lo largo de estas páginas se ha descrito el diseño, la configuración y la explotación del corpus CAEmIM-P del proyecto VarGEmpatLing, constituido por muestras reales de lengua oral procedentes de interacciones entre médicos y pacientes del hospital universitario del Campus de Bellvitge de la Universitat de Barcelona. Además, se cuenta con otros datos de los participantes en la interacción (médico-paciente) para correlacionar en las fases futuras la actuación comunicativa del facultativo con el grado de ansiedad del paciente, la dificultad de la intervención y, en último término, la empatía discursiva.

Como se ha constatado, podrán llevarse a cabo análisis tanto cualitativos como cuantitativos: por un lado, en torno a la empatía (en las disciplinas de la pragmática, el análisis del discurso y la psicología discursiva) y, por otro, desde el variacionismo (alternancia de formas sintéticas y analíticas para la expresión del futuro, por ejemplo). Las características del corpus CAEmIM-P evidencian la idoneidad para desarrollar estudios en dichos ámbitos y, pese a las limitaciones expuestas, constituye una base sólida para el proyecto.

En líneas futuras, sería interesante abordar un análisis desde un punto de vista más sociológico –e incluso sociolingüístico– para poder argüir la interrelación entre el empleo de estrategias lingüísticas que desembocan en interacciones empáticas y variables como el sexo, la edad, el curso de máster... Todo ello para dialogar con estudios como, por ejemplo, el de Esquerda y colaboradores (2015), cuyas principales conclusiones indican que quienes presentan mayor empatía son las mujeres (aunque también son las que albergan mayor estrés empático), frente a los hombres, que presentan menor empatía y, paralelamente, menor estrés empático.

Otro de los objetivos del presente artículo, y del proyecto en general, es constatar la necesidad de incluir la comunicación empática dentro de los currículos de los grados y másteres de las distintas facultades del ámbito de las Ciencias de la Salud. Poseer unas habilidades comunicativas eficaces deben formar parte de la labor de un buen profesional médico; asimismo, incluir la enseñanza de una comunicación empática y efectiva no puede deslindarse de los beneficios en la práctica médica, porque un facultativo con habilidades empáticas tiene consecuencias directas en el paciente: una mayor facilidad para expresar sus síntomas y preocupaciones, una mayor participación, un aumento de la calidad de vida; y, por parte del facultativo, todo ello trae consigo una mejor anamnesis, una mayor precisión diagnóstica y una reducción del estrés.

Agradecimientos

Esta publicación se ha llevado a cabo en el marco del grupo de investigación VarGEmpatLing (Variación genérica de la empatía lingüística), cuya investigadora principal es la Dra. Carolina Figueras (Universitat de Barcelona).

El diseño y la recopilación del corpus han sido posibles gracias a la generosidad y a la implicación de todo el equipo de profesorado y alumnado del Máster de Cirugía Bucal de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universitat de Barcelona, en particular al Dr. Eduardo Valmaseda, al Dr. Rui Figueiredo y a la Dra. Alba Sánchez.

Finalmente, cabe agradecer a Laura Brian, Laura Sánchez y Salva Viñals por su predisposición y el esfuerzo en la fase del trabajo de campo, durante la recogida de datos y la compilación de muestras para la creación del corpus.

Referencias bibliográficas

- Biber, D. (1993). Representativeness in corpus design. *Literary and Linguistic Computing*, 8(4), 243-257.
- Bourdieu, P. (1985). *¿Qué significa hablar? Economía de los intercambios lingüísticos*. Akal.
- Bravo, D. (2005). *Estudios de la (des)cortesía en español: categorías conceptuales y aplicaciones a corpora orales y escritos*. Editorial Dunken.
- Briz Gómez, A. (2012). Los déficits de los corpus orales del español (y de algunos análisis). En T. J. Juliá, B.L. Meirama, V. Vázquez Rozas y A. Veiga (Eds.), *Cum corde et in nova grammatica. Estudios ofrecidos a Guillermo Rojo*, 115-137. Servizo de Publicación de Intercambio Científico da Universidade de Santiago de Compostela.
- Burleson, B. R., y MacGeorge, E. L. (2002). Supportive communication. En M. L. Knapp y J. A. Daly (Eds.), *Handbook of interpersonal communication*, 374-424. SAGE Publications.
- Burleson, B. R. (2003). Emotional support skills. En J. O. Greene y B. R. Burleson (Eds.), *Handbook of Communication and Social Interaction Skills*, 551-594. Lawrence Erlbaum Associates. <https://doi.org/10.4324/9781410607133>
- CEMS The Global Alliance in Management Education. (2020). *Leadership in a Post-Covid-19 World*. Jouy-en-Josas.
- Cepeda, G. (2006). La voz empática médica y las estrategias de cortesía verbal. *Estudios filológicos*, 41, 55-69. <https://doi.org/10.4067/S0071-17132006000100005>
- Clear, J. (1992). Corpus sampling. En G. Leittner (Ed.) *New Directions in English Language Corpora. Methodology, Results, Software Development*, 21-32. Mouton de Gruyter.
- Cuff, B., Brown, S., Taylor, L. y Howat, D. (2016). Empathy: A review of the concept. *Emotion Review*, 8(2), 144-153. <https://doi.org/10.1177/1754073914558466>
- Couper-Kuhlen, E. (2012). Exploring affiliation in the reception of conversational complaint stories. En A. Perakyla y M. L. Sorjonen (Eds.), *Emotion in Interaction*, 113-146. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199730735.003.0006>
- De Fina, A. y Johnstone, B. (2015). Discourse Analysis and Narrative. En D. Tannen, H. Hamilton y D. Schiffrin (Eds.), *The Handbook of Discourse Analysis*, 152-168. Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9780470753460.ch21>
- de Haan, J. P. (1992). The optimum corpus sample size? En G. Leittner (Ed.) *New Directions in English Language Corpora. Methodology, Results, Software Development*, 3-20. Mouton de Gruyter.
- Epstein, R. M. y Hundert, E. M. (2002). Defining and assessing professional competence. *Journal of the American Medical Association*, 287(2), 226-235. <https://doi.org/10.1001/jama.287.2.226>
- Epstein, R. M. y Street, R. L. (2007). *Patient-centered communication in cancer care: Promoting healing and reducing suffering*. National Cancer Institute, NIH Publication.
- Escandell Vidal, M. V. (1996). *Introducción a la pragmática*. Ariel.
- Esquerda, M., Yuguero, O., Viñas, J. y Pifarré, J. (2015). La empatía médica, ¿nace o se hace? Evolución de la empatía en estudiantes de medicina. *Atención Primaria*, 48(1):8-14. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.12.012>
- Fernández-Pinto, I., López-Pérez, B. y Márquez, M. (2008). Empatía: Medidas, teorías y aplicaciones en revisión. *Anales de psicología*, 24(2), 284-298. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/42831/41141>
- Fiehler, R. (2002). How to do emotions with words: Emotionality in conversations. En S.R. Fussell (Ed.), *The verbal communication of emotions: Interdisciplinary perspectives*, 79-106. Lawrence Erlbaum Associates.
- Figueras, C. (2020). Cognitive and affective dimensions of mitigation in advice. *Corpus Pragmatics*, 4(1), 31-57. <https://doi.org/10.1007/s41701-019-00064-x>
- Figueras, C. (en prensa). Empathy in online mental health communities. En J. Marín-Arrese, L. Hidalgo-Downing, J.R. Zamorano-Mansilla (Eds.). *Stance, Inter/Subjectivity and Identity in Discourse*. Peter Lang.
- García, D. (2018). *Toma de decisiones compartidas*. Noble.
- González de Rivera y Revuelta, J. L. (2004). Empatía y ecpatía. *Psiquis: Revista de psiquiatría, psicología médica y psicosomática*, 25, 5-7.
- González de Rivera y Revuelta, J. L. (2005). Empatía, ecpatía y estrés interpersonal. *Interpsiquis*, VI. <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/volumen.php?wurl=empatia-ecpatia-y-estres-interpersonal>
- Halliday, M.A. K. (1978). Language As Social Semiotic. *American Anthropologist*. Open University Set Nook.
- Heritage, J. (2011). Territories of knowledge, territories of experience: Empathic moments in interaction. En T. Stivers, L. Mondada, y J. Steensing (Eds.), *The Morality of Knowledge in Conversation*, 159-183. Cambridge University Press. <http://dx.doi.org/10.1017/CBO9780511921674.008>
- Hernández Ávila, C. E. y Carpio, N. (2019). Introducción a los tipos de muestreo. *Revista ALERTA*, 2(1), 75-79. <https://doi.org/10.5377/alerta.v2i1.7535>
- Juzwik, M. (2012). Spoken Narrative. En J. Gee y M. Handford (Eds.), *The Routledge Handbook of Discourse Analysis, Routledge Handbooks in Applied Linguistics*, 326-341. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203809068>
- Krug, M., Schluter, J. y Rosenbach, A. (2013). Introduction: Investigating language variation and change. *Research Methods in Language Variation and Change*, 1-14. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511792519.002>
- Kupetz, M. (2014). Empathy displays as interactional achievements: Multimodal and sequential aspects. *Journal of Pragmatics*, 61, 4-34. <https://doi.org/10.1016/j.pragma.2013.11.006>
- Labov, W. y Waletzky, J. (1967). Narrative analysis. En J. Helm (ed.), *Essays on the verbal and visual arts*, 12-44. University of Washington Press.

- Labov, W. (1972). Some principles of Linguistic Methodology. *Language in Society*, 1, 97-120.
- Martínez-Pampliega, A.I. (2006). Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES): desarrollo de una versión de 20 ítems en español. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(2), 317-338.
- Martinovski, B. (2006). Framework for the analysis of mitigation in courts: Toward a theory of *Journal of Pragmatics*, 38(12), 2065-2086. <https://doi.org/10.1016/j.pragma.2006.08.006>
- Martinovski, B., Traum, D. y Marsella S. (2007). Rejection of empathy in negotiation. *Group Decision and Negotiation*, 16, 61-76. <http://dx.doi.org/10.1007/s10726-006-9032-z>
- McEnery, T. y Wilson, A. (2001). *Corpus linguistics* (2.ª ed.). Edinburgh University Press.
- Moore, P., Gómez, G. y Kurtz, S. (2012). Comunicación médico-paciente: una de las competencias básicas pero diferente. *Atención Primaria*, 44(6), 358-365. <https://doi.org/10.1016/J.APRIM.2011.07.008>
- Moreno Fernández, F. (2021). Notas epistemológicas sobre variación para una lingüística de corpus. *Revista signos*, 54(107), 919-941. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-09342021000300919>
- Moulton, L. (2007). *The Naked Consultation: A Practical Guide to Primary Care Consultation Skills*. Radcliffe. <https://doi.org/10.1201/9781315379463>
- Moya-Albiol, L., Herrero, N. y Bernal, M. C. (2010). Bases neuronales de la empatía. *Revista de Neurología*, 50(2), 89-100. <https://doi.org/10.33588/rn.5002.2009111>
- Muñoz Zapata, A.P. y Chaves Castaño, L. (2013). La empatía: ¿un concepto unívoco? *Katharsis: Revista de Ciencias Sociales*, 16, 123-146. <https://doi.org/10.25057/25005731.467>
- Navarro, B., Pariona, C. y Urbano, E. (2017). Nivel de ansiedad y estrategias de afrontamiento del paciente quirúrgico programado del Servicio de Cirugía General del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé. Repositorio Institucional Digital de la Universidad Nacional del Callao. Perú. <http://hdl.handle.net/20.500.12952/5053>
- Norrick, N. R. (2000). *Conversational narrative: Storytelling in everyday talk* (Vol. 203). John Benjamins Publishing. <https://doi.org/10.1075/cilt.203>
- Olivera, J., Braun, M. y Roussos, A. (2011). Instrumentos para la evaluación de la empatía en psicoterapia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. Fundación Aiglé.
- Piasecky, M. (2003). *Clinical Communication Handbook*. Blackwell Science.
- Pudlinski, C. (2005). Doing empathy and sympathy: Caring responses to troubles tellings on a peersupport line. *Discourse Studies*, 7(3), 267-288. <https://doi.org/10.1177/1461445605052177>
- Quirk, R. (1992). On corpus principles and design. *Directions in Corpus Linguistics*, 457-469. <https://doi.org/10.1515/9783110867275.457>
- Rojo, G. (2014). Hispanic corpus linguistics. *The Routledge Handbook of Hispanic Applied Linguistics*, 371-387. <https://doi.org/10.4324/9781315882727-32/HISPANIC-CORPUS-LINGUISTICS-GUILLERMO-ROJO>
- Rojo, G. (2021). *Introducción a la lingüística de corpus en español*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003119760>
- Sanahuges, C. y Curell, H. (2021). The perception of empathy. *Círculo de Lingüística Aplicada a la Comunicación*, 89, 235-246. <https://doi.org/10.5209/CLAC.79506>
- Sanahuges, C., y Curell, H. (2022). The perception of empathy. *Círculo de Lingüística Aplicada a la Comunicación*, (89), 235-247. <https://doi.org/10.5209/clac.79506>
- Sancho Pascual, M. (2013). *Integración sociolingüística de los inmigrantes ecuatorianos en Madrid*. Universidad de Alcalá de Henares.
- Shamay-Tsoory, S. G. (2011). The neural bases for empathy. *Neuroscientist*, 17, 18-24. <https://doi.org/10.1177/1073858410379268>
- Shamay-Tsoory, S. G, Tomer, R., Goldsher, D., Berger, B. D. y Aharon-Peretz, J. (2004). Impairment in cognitive and affective empathy in patients with brain lesions: anatomical and cognitive correlates. *Journal of Clinical Experimental Neuropsychology*, 268 1113-1127. <https://doi.org/10.1080/13803390490515531>
- Silverman, J., Kurtz, S. y Draper, J. (2005). *Skills for Communicating with Patients*. Radcliffe. <https://doi.org/10.1308/003588406X83159c>
- Suchman, A. L., Markakis K., Beckman, H. B. y Frankel, R. (1997). A model of empathic communication in the medical interview. *Journal of American Medical Association*, 277(8), 678-682. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.277.8.678>
- Taylor, S. J. y Bogdan, R. (1984). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Paidós.
- Thornborrow, J. (2012). Narrative Analysis. En J. Gee y M. Handford (Eds.), *The Routledge Handbook of Discourse Analysis, Routledge Handbooks in Applied Linguistics*, 51-65. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203809068>
- Torruella, J. y Llisterri, J. (1999). Diseño de corpus textuales y orales. En J. M. Bleca, G. Clavería, C. Sánchez, J. Torruella (Eds.), *Filología e informática. Nuevas tecnologías en los estudios filológicos*, 45-77. Seminario de Filología e Informática, Departamento de Filología Española, Universidad Autónoma de Barcelona. Milenio.
- Vivar, C. G., McQueen, A., Whyte, D. A. y Canga Armayor, N. (2013). Primeros pasos en la investigación cualitativa: desarrollo de una propuesta de investigación. *Index de Enfermería*, 22(4), 222-227. <https://doi.org/10.4321/S1132-12962013000300007>
- Wynn, R. y Wynn, M. (2006). Empathy as an interactionally achieved phenomenon in psychotherapy: Characteristics of some conversational resources. *Journal of Pragmatics*, 38, 1385-1397. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pragma.2005.09.008>