

EL HUMOR COMO LENGUA DE CONTACTO ¿ESTRATEGIA AFILIATIVA O DE AUTO- AFIRMACIÓN? ESTUDIO COMPARATIVO INGLÉS- ESPAÑOL DEL DISCURSO INSTITUCIONAL¹

María de la O Hernández López, Univ. Pablo de Olavide, Sevilla
Email: mariolahl@upo.es

Abstract: This paper aims at examining 80 doctor-patient interactions in England and Spain in order to establish a pragmalinguistic taxonomy of humour as a phatic use of language. On the other hand, such taxonomy will help explain how psychosocial concepts such as affiliation (Bravo 1999, 2003, 2005) and self-affirmation (Fant 1989, 1995, 2007; Steele, 1988; Thurén 1988) influence on interaction and constrain the specific usage of humour and phatic communication. Among other conclusions, this study revealed that a) humour need not be comparable across cultures; b) affiliation and self-affirmation are complementary concepts and finally, c) the use of humour varies in terms of the perception of roles in each situation.

Keywords: power, interpersonal communication, humour, affiliation, self-affirmation, phatic communication.

Title in English: Humour as a Language of Contact, a Strategy of Affiliation or of Self-Affirmation? Comparative English-Spanish Study of Institutional Discourse

Resumen: Mediante el análisis exhaustivo de 80 interacciones entre médico y paciente en Inglaterra y España, el presente trabajo pretende establecer una taxonomía pragmalingüística del uso del humor como lengua de contacto. Por otro lado, dicha taxonomía ayudará a explicar cómo los conceptos psicosociales de afiliación (Bravo 1999, 2003, 2005) y auto-afirmación (Fant 1989, 1995, 2007; Steele 1988; Thurén 1988) influyen en la interacción y constriñen el uso específico de escenarios humorísticos y fáticos. Entre otras conclusiones, se concluyó que el humor no siempre es comparable entre culturas, los conceptos de afiliación y auto-afirmación son complementarios y que la percepción de roles influye en la variación y uso del humor.

Palabras clave: comunicación interpersonal, humor, afiliación, auto-afirmación, comunicación fática, lengua de contacto.

1. INTRODUCCIÓN

Hasta hace décadas, un gran volumen de estudios sobre comunicación interpersonal justificaba el comportamiento comunicativo en las preocupaciones de imagen (*face*). Tradición anglosajona iniciada por Goffman (1967, 1972) y más tarde Brown y Levinson (1978,

¹ **Date of reception:** 30 May 2010

Date of acceptance: 21 December 2010

1987), el concepto de imagen ha ido evolucionando y también ha pasado de posicionarse como centro explicativo a simplemente uno de los factores psicosociales que se integran en la comunicación (Spencer-Oatey 2000, 2008). Esta última perspectiva, además, rechaza la predicción de teorías *a priori*, y propone el análisis de datos como punto de partida para poder desentrañar un modelo *post facto*. Vista la necesidad de adaptar estos marcos teóricos al contexto hispano, se ha observado que la imagen no puede ser explicada sin entender valores socioculturales intrínsecos de cada contexto. En este línea, Bravo (1999, 2003, 2005) y Hernández Flores (2002, 2003) defienden el concepto de afiliación como valor sociocultural que regula la interacción en el contexto español, mientras que Fant (1989, 1995, 2007), Thurén (1988) y Hernández López y Placencia (2004) defienden que hay varios niveles de auto-afirmación en las culturas hispanas. Esto nos lleva a pensar que la imagen no se gestiona en términos de la dicotomía positivo-negativo (Brown y Levinson 1978, 1987) *per se*, sino que habrá que considerar otros aspectos psicosociales específicos tras la observación de datos pragmalingüísticos e interaccionales específicos. En el caso de la interacción médico-paciente, dos aspectos pragmalingüísticos con carga interpersonal son el uso del humor y la comunicación fática.

1.1. El humor y la comunicación fática como lengua de contacto en situaciones institucionalizadas

La comunicación fática es un término originado en Malinowski (1923) y desarrollado más tarde por Firth (1937), Knapp (1978) y Laver (1975), entre otros. Estudios más recientes, no obstante, conforman lo que hoy en día se conoce como comunicación fática, aunque denominado de diversas maneras. Así, Traverso (2001) examina *out-of-transaction elements*, mientras que Aston (1988) y Placencia (2004) hablan de *rapport-building activities*, como información de corte social que facilita el desarrollo interpersonal y como consecuencia la eficiencia transaccional. Coupland (2000), por su parte, dedica todo un libro a la comunicación fática o *'small talk'* en situaciones de atención al público. En la tradición de pragmática hispánica se prefiere el término *lengua de contacto* (De Heros y Montes 2008, Díaz Martínez 2008, García Gómez, 2008, Mancera Rueda 2008, Placencia y García 2008, Valero Garcés 2008) para evitar así asociaciones con la función fática de la que hablaba Jakobson (1976) y Jakobson y Halle (1973). En el presente trabajo se considerará que lengua de contacto es un concepto amplio para referirse a cualquier aspecto lingüístico que proporciona significado social, mientras que la comunicación fática será un tipo de lengua de contacto que no incluye información básica sobre el motivo del encuentro, como puede ser hablar del tiempo atmosférico. Así, la comunicación fática y el humor serían dos tipos de lengua de contacto.

En cuanto al contexto de consultas médicas, trabajos como los de Coupland *et al.* (1992) y Valero Garcés (2008) ya demostraron la importancia de la comunicación fática para la eficiencia terapéutica. Esto se debe, como indica Walsh (2007), a que *'small talk'* es en realidad *'big talk'* en contextos médicos, porque es un *'big issue'*, y aporta significado crucial entre médico y paciente. Dicho de otro modo, la comunicación fática entre médico y paciente, a pesar de no proporcionar información directa sobre la dolencia tratada, puede tener una función de establecimiento de la confianza en el doctor y sus directrices.

Por otro lado, la literatura demuestra que el uso del humor no sólo tiene efectos positivos en las relaciones interpersonales (Hampes 1992, Graham 1995), sino que también es de gran ayuda terapéutica en ámbitos médicos (Lefcourt 2001, Miczo y Welter 2006). En este contexto, el humor es una estrategia interpersonal que de alguna manera refuerza la sensación de seguridad en la comunicación, al tener efecto reductor de ansiedad y facilitar la cercanía entre los interlocutores (Miczo 2004).

El humor se ha clasificado atendiendo a diversos parámetros. Miczo y Welter (2006) diferencian cuatro dimensiones del humor, según la intención del que la enuncia: por un lado, puede ser informal ('playful') o seria ('seriousness'), y por el otro afiliativa ('affiliative') o agresiva ('aggressive'). El humor afiliativo como categoría que nos ocupa en este estudio se define como humor que se utiliza para licitar la diversión temporal con el objetivo de reducir la tensión entre los participantes (Ziv 1984), el refuerzo social (Lefcourt 2001) y la provisión de una nueva perspectiva sobre los problemas de la vida (Hyers 1996). Por otro lado, Boxer y Cortés-Conde (1997) diferencian entre el humor empleado como modo de construir la identidad, cuando se bromea sobre uno mismo, y el humor empleado como estrategia relacional, cuando se bromea sobre otros interlocutores, eventos u objetos. Este estudio se centrará en la característica relacional del humor.

Teniendo en cuenta este contexto, en este trabajo se tendrá en cuenta el uso del humor en comparación con otros usos de lengua de contacto, para desvelar así el nivel de afiliación y auto-afirmación existente en los contextos británico y español en la consulta médica.

1.2. Afiliación y auto-afirmación: ¿conceptos sólo aplicables al contexto español?

Uno de los modelos más extendidos en el mundo hispano es el propuesto por Bravo (1999, 2003, 2005), que adopta una visión sociocultural de la interacción. Bravo considera que cada cultura cuenta con una serie de categorías vacías a ser rellenadas por contextos socioculturales específicos. La autora propone los conceptos de afiliación, entendido como verse y ser visto como miembro de un grupo, y autonomía, o verse y ser visto como diferente al grupo. Afirma así que estas categorías reflejan mejor la realidad sociocultural del español que la dicotomía cortesía positiva y negativa de Brown y Levinson (1978, 1987). Relacionado con el concepto de afiliación, Hernández Flores (2003) incluye el de 'confianza' como deseo de establecer lazos y cercanía con el interlocutor, mientras que Triandis (1984) y Cordella (1999) se decantan por el de 'simpatía' cuando un individuo es percibido como socialmente agradable.

Por otro lado, el concepto 'auto-afirmación' o '*self-affirmation*' se introdujo por primera vez como teoría psicológica por Steele (1988) bajo la premisa de que los individuos están motivados a mantener la integridad de sí mismos. Thurén (1988: 299) llevó el concepto a términos lingüísticos y lo define como la actitud de los españoles que manifiesta un énfasis psicológico en uno mismo y su fuerza personal. Según la autora, los españoles consideran muy importante poder expresar libremente sus opiniones con fuerza y a riesgo de desaprobación. El no hacerlo incurriría en diversos juicios de valor, tales como la falta de sinceridad.

Fant (1989, 1995, 2007) utilizó el concepto para explicar el deseo del individuo de asertividad y de mostrarse tal y como es y ligado a la originalidad y pensamientos propios.

La auto-afirmación, por tanto, refleja el deseo de ser respetado y mostrar la asertividad propia. Como ejemplo ilustrativo, Fant (1989) contrastó el comportamiento comunicativo de escandinavos y españoles y concluye que mientras los primeros se orientan hacia la búsqueda de consenso, los segundos valoran más la expresión de la originalidad individual y la auto-afirmación. En la misma línea, Hernández López y Placencia (2004) demostraron la importancia de la auto-afirmación en situaciones de atención al público para la eficiencia transaccional, frente a los británicos, que optarían por la búsqueda de consenso.

En el presente trabajo se analizará cómo el uso específico del humor y la comunicación fática atienden a percepciones de afiliación y auto-afirmación como elementos psicosociales que promueven el refuerzo interpersonal.

2. METODOLOGÍA

Se analizaron 40 interacciones en español peninsular, grabadas con un sistema de audio en Huelva, Badajoz y Madrid, y 40 interacciones en Inglaterra, pertenecientes al *British National Corpus (BNC)*, correspondientes a encuentros comunicativos entre médico de familia y paciente. El trabajo por tanto abarca un total de 80 interacciones analizadas.

En el caso de las grabaciones españolas, los datos se obtuvieron tras obtener permiso oficial de los centros de salud. Los doctores de cada centro proporcionaron datos demográficos tales como el sexo y la edad. En cuanto a las grabaciones británicas, todas pertenecen al *British National Corpus* (www.natcorp.ox.ac.uk), que es una colección de interacciones que contiene más de 100 millones de palabras y elaborado por el consorcio académico de *Oxford University Press*. Se trata de un corpus representativo tanto geográfica como demográficamente. En ambos casos se descartaron las interacciones con niños y mayores de 80 años, no se tuvieron en cuenta las dolencias de carácter psicológico, ni los primeros encuentros. Ambos corpora están dotados de cierta representatividad y muestran patrones comunes en sus interacciones.

El procedimiento de análisis combina lo pragmalingüístico con lo sociopragmático: en una primera fase, se analizarán todos aquellos episodios que contengan algún fragmento de humor y comunicación fática². Se verá si estos tipos conforman tipologías concretas que respondan a patrones específicos, y por tanto a actitudes comunicativas esperables en cada contexto. Una segunda fase se corresponderá con la interpretación sociopragmática de los datos basándonos en los conceptos de afiliación y auto-afirmación.

3. RESULTADOS

3.1. Tipología del humor en la consulta médica

Autores como Norrick & Spitz (2008) defienden que el humor se refiere al tono de la conversación, donde se pretende hacer reír o sonreír al interlocutor y conseguir así un tono

² Por motivos de espacio, el presente trabajo ofrece una tipología del humor, mientras que podrá consultarse un ejemplo de categorización de la comunicación fática en Hernández López (2010).

distendido. Teniendo en cuenta esto, este estudio se diferenciará entre humor afiliativo e ironía.

En términos cuantitativos, 26 de las 40 interacciones analizadas en el corpus británico contienen al menos un episodio humorístico o irónico, lo que supone un 65% de las interacciones. Teniendo en cuenta que el trabajo interpersonal no está ceñido a todas y cada una de las interacciones, no es de obligado uso y además está sujeto a una multiplicidad de factores contextuales, este porcentaje es bastante significativo, lo que nos podría llevar a afirmar que una característica particular de la consulta médica británica sería el uso del humor como medida de cercanía del doctor con el paciente y que parece estar bien aceptada y considerada en este contexto, frente al contexto español que, con un solo caso de humor encontrado, no se podría afirmar lo mismo. Significativa es la iniciativa del doctor británico para humor, y consistente con los resultados de Pizzini (1991), Williams (2000) y Mullany (2004) que concluyen que el humor es una estrategia característica del participante con mayor estatus.

Los datos analizados muestran dos usos diferenciados del humor: la ironía y el humor afiliativo. En el primer caso, la ironía es una estrategia que ayuda a evaluar la dolencia o el comportamiento del paciente pero a su vez, al mantener el tono irónico, se reduce la intensidad o seriedad de la situación. En el caso del humor afiliativo, el propósito no es más que el de mantener un tono distendido con el paciente. En ambos casos, el médico utiliza esta estrategia para mantener o afianzar de alguna manera la relación interpersonal que se está llevando a cabo, y que puede ser delicada, puesto que se está tratando la dolencia de uno de los interlocutores. El cuadro 1 refleja las cantidades y distribuciones de estos tipos encontrados y clasificados de forma inductiva:

Humor					
Ironía			Humor Afiliativo		
(69.9% del total del humor)			(30.7% del total del humor)		
(45.45% de las interacciones)			(20% del total de interacciones)		
Responsabilizar al paciente	Médico como solucionador de problemas	Descripción irónica del sufrimiento del paciente	Roles	Falsa modestia del doctor	Paso del tiempo
17.5%	15%	12.5%	10%	5%	5%

Tabla 1: Tipología del humor en la consulta médica británica.

3.1.1 La ironía en las consultas médicas

Un 69,9% de las interacciones con tono humorístico se corresponden con la ironía con diferentes subclasificaciones. Dentro de la tipología detallada en el cuadro 1, se observa que el profesional a veces juega un papel de acusador ficticio donde el paciente, aparentemente, es el responsable de la dolencia. Es el caso de la interacción (1), donde se califica a

la paciente de “bad woman” por estar enferma y por estar quejándose en un día estupendo. Se “responsabiliza” al paciente de algo tan sin sentido que provoca la risa en la paciente. El tono irónico así consigue una carga implícita de acercamiento, complicidad y reconducción del tono formal de la interacción que ayuda al buen entendimiento entre dos personas que necesariamente tienen que tratar un tema personal:

Interacción (1):

- [1] D *Now, what can we do for Jane? [...] you're you're wheezing?*
You're a bad woman
 Ahora, ¿qué podemos hacer por Jane? [...] ¿estás resollando? Eres una mujer mala
- [2] P ***Dr Aye really quite bad.***
 Dr, sí, muy mala.
- [3] D ***a lovely day like that, and you're wheezing***
 un día tan bonito como este y tú estás resollando
- [4] P *[laugh]*

En este caso, la mujer es “mala”, no sólo porque esté resollando, sino porque, irónicamente, no está disfrutando del día tan bonito que hace. Nótese cómo la broma tiene razón de ser porque el oyente la acepta (“sí, muy mala”). Como defienden Norrick y Spitz (2008), para que el humor se desarrolle con éxito, ambas partes tienen que reconocer la existencia del juego. Otros comentarios irónicos donde se responsabiliza al paciente son “what have you been doing to this poor soul?”, o “and if I come down with a sore throat now, I'll know who to blame”.

El segundo tipo de ironía, la del doctor que se muestra como solucionador de problemas, aparece en el 15% de las interacciones, con patrones repetidos como “Let's see if we can get you turned into a human being”, “Come on, let's turn you into a human being for a wee while again”, o “let's see what you're doing to your poor old self”. En todos los casos se asume que el paciente ya no es un ser humano debido a la dolencia en cuestión, pero gracias al médico, el paciente volverá a serlo y por tanto lo volverá a convertir en un ser humano.

Un tercer caso de ironía lo conforma la descripción del momento por el que está pasando el paciente (12.5% de las interacciones). El doctor británico utiliza expresiones tales como “a merry Christmas”, “all fun and game” o “you're having a great time” para indicar exactamente lo contrario.

El factor común de todos los comentarios irónicos es, aparte de quién toma la iniciativa, el hecho de que se den en los primeros turnos de la interacción, lo cual conduce a pensar que el doctor busca un acercamiento y un tono distendido en la entrevista médica.

3.1.2. El humor afiliativo

En cuanto al humor de corte afiliativo expresado por el profesional, se encontró en 30.7% de las interacciones con episodios humorísticos.

Las interacción (2) se corresponde con un humor en el que médico y paciente asumen roles distintos de forma ficticia, como el de amigos hablando fuera de la consulta. En este caso se mezcla ironía y humor afiliativo. Médico y paciente hablan de cómo pasar los días libres, el médico bromea con ello y el paciente continúa la conversación como si de una realidad se tratara:

Interacción (2):

- [1] P *Closed on Monday?*
¿Cerrado el lunes?
- [2] D *Aye*
Sí
- [3] P *Well you'll get a day off there eh?/ Or do you?*
Are you on call-out work?
Bueno, tendrás un día libre entonces, ¿no? / ¿O no?
¿Estás de guardia?
- [4] D *No, I've just got a big case full of paperwork to do when I get [laughing]*
[...] [laugh].
No / Sólo tengo una maleta llena de papeleo que hacer cuando coja mi día
[risa] [...] [risa].
- [5] P *There is no rest.*
No hay descanso.
- [6] D *Ah no, keeps me out of mischief.*
I'll just be [...] betting horses or chasing women or something like that.
Ah, no, Me impide hacer travesuras. Estaría haciendo apuestas en las carreras o cazando mujeres o algo así.
- [7] P ***Oh you'd better do the last one Doctor***
Oh, mejor haz lo último, doctor.
- [8] D *[laugh]*
[risa]
- [9] P *It saves you money.*
If you bet on horses or drink then it cost you money. And that's not [...]
Te hará ahorrar dinero.
Si apuestas en las carreras o bebes, entonces te costará el dinero. Y eso no es [...]
- [10] D *ah, I don't know*
Ah, no sé.
- [11] P *I don't know [laugh]*
No sé [risa]

Como puede verse en la el turno [4], el adverbio 'just' se utiliza de forma irónica para indicar todo lo contrario a lo que significa. Es decir, "I've just got a big case full of paperwork" no quiere decir que tiene poco que hacer, sino que es mucho. Esto se enlaza con la broma sobre qué haría si no tuviera tanto trabajo, como si estuviera agradecido a no tener tiempo, irónicamente. Vuelve a utilizar 'just' y el futuro en [6] para explicar en qué emplearía el tiempo si no tuviera tanto trabajo. El reconocimiento del tono humorístico se

da por parte del interlocutor en [7], donde recomienda conocer mujeres como la mejor de las opciones para su bolsillo. Éste es un ejemplo claro de cómo, una vez el médico introduce la broma, hay una negociación implícita entre ambas partes donde se establece si entrar en ese juego o no. Una vez el paciente entra en la broma, ambos tienen un rol diferente dentro del establecido por el contexto institucional y por tanto la influencia en la relación interpersonal es clara.

El segundo tipo de humor afiliativo se trata de la falsa modestia del doctor. El propio doctor bromea en cuanto a su valía o bondad, como contraste a su profesión, mediante la cual pretende ayudar al paciente. En la interacción (3), el médico comenta que está dando problemas:

Interacción (3):

- [1] D *How are you today?*
¿Cómo estás hoy?
- [2] P *I'm fine*
How are you?
Estoy bien
¿Cómo estás tú?
- [3] D *I'm alive*
Causing trouble
Estoy vivo
Dando problemas
- [4] P *[laugh] I suppose you're ahead of the game if you're alive*
[risa] supongo que vas ganando el juego si estás vivo

Como se indicó anteriormente, estos datos contrastan claramente con los datos españoles, donde sólo se dio un caso de humor (turno [11]):

Interacción (4):

- [1] D ¿Qué le pasa?
- [2] P1 Pues ((inaudible)) que tiene fiebre ((tiritando))
- [3] D Vienes temblando
- [4] P1 Dice que también que le ha dado mareos esta mañana y Belén también venía así, ¿no, hijo?
[...]
- [9] D Diarrea / y esta mañana también tenía los escalofríos esos o no
- [10] P1 No, ayer cuando se fue a la escuela
- [11] D **Ah / ayer ya te notaste tú, ¿no? / ¿te duele al tragar o? / ¡mira que ponerte mala el fin de semana! [risa]**
- [12] P1 Qué bien hijo, / así el lunes está preparado para la escuela
- [13] D [risa] Bueno vamos a mirarte la garganta

Está claro, por tanto, que las diferencias en cuanto a uso del humor en el corpus español y británico son radicalmente claras. No obstante, se asume que los interlocutores, entonces,

tendrán otros modos de desarrollar el trato interpersonal, y es por ello que se hace necesaria una comparación del humor con respecto a otros usos de lengua de contacto, tales como la comunicación fática.

3.2. Comunicación fática y humor

Aunque por razones de espacio este estudio no puede ofrecer una tipología exhaustiva de comunicación fática³, sí es relevante integrar el uso del humor en otros tipos de lengua de contacto para tener una visión general de las cantidades y distribuciones encontradas. En el gráfico 1 detallado a continuación se pueden apreciar las frecuencias no sólo en dos culturas comparadas, sino también por interlocutores según rol:

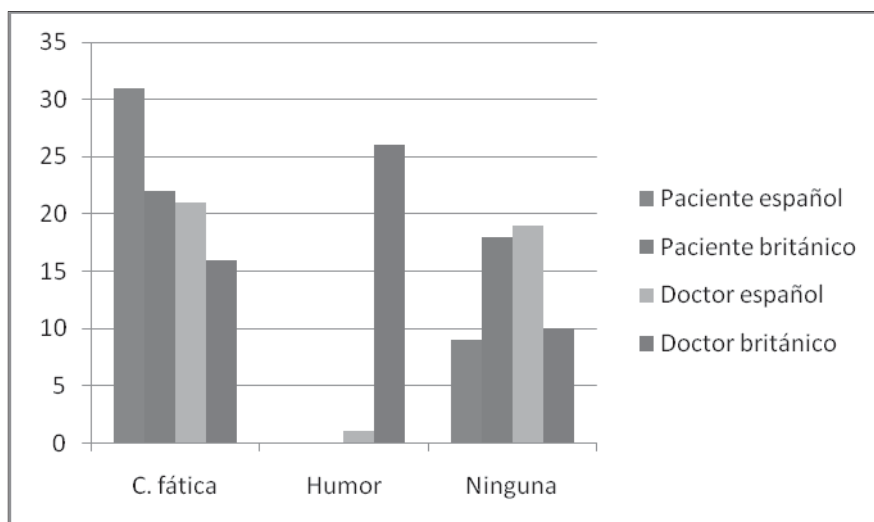


Gráfico 1: Frecuencias de lengua de contacto en la interacción médico-paciente en el Reino Unido y España.

Como puede observarse, los resultados desvelan comparaciones radicales: por un lado, es el paciente español quien más comunicación fática desarrolla, muy por encima del doctor español y de los interlocutores británicos, con 31 interacciones del total de 40. Frente a esto, el doctor es el único iniciador de episodios de humor en la consulta médica británica (16 interacciones). Significativo es también el hecho de que son el paciente británico y el doctor español los que menor uso de comunicación fática y humor hacen, como puede verse en el tercer grupo de columnas. Estos datos demuestran, por tanto, que mientras que el humor es de importancia indiscutible en la consulta médica británica, en el caso español se prefieren otras estrategias de lengua de contacto, como es la comunicación fática (Hernández López, 2010).

³ La identificación de episodios de comunicación fática se basa en la metodología realizada por Hernández López (2010) en el contexto de consultas médicas.

Entonces, si el uso del humor se da de forma unilateral (iniciada por el doctor británico), no se da en el corpus español y además se ve que en éste último la comunicación fática puede ser más esperable del rol de paciente, esto puede llevar a consecuencias en términos de los deseos afiliativos y de auto-afirmación de cada interlocutor.

4. AFILIACIÓN Y AUTO-AFIRMACIÓN EN LA CONSULTA MÉDICA

Según se ha visto, parece ser que el humor es una oportunidad en la que el médico mantiene o refuerza la imagen del interlocutor por medio de la afiliación, pero también ha sido necesario considerar aquellos elementos que de alguna manera “sustituyen” la función afiliativa encontrada en el humor de la consulta británica, para descubrir así que es la comunicación fática el principal elemento que cubre la función interpersonal entre interlocutores.

Por un lado, se ha visto cómo el humor se manifiesta de la parte de más poder institucional (el doctor) en el caso británico. El doctor siente la libertad de mostrar mayor o menor acercamiento con el paciente a través del humor y la comunicación fática. El paciente británico, en contrapartida, no sólo no hace uso del humor, sino que limita sus intervenciones afiliativas al uso esporádico de la comunicación fática. Por tanto, este patrón marca el dominio interpersonal del doctor británico en la interacción, y se corresponde con la asimetría de poder institucional existente.

En contrapartida, es llamativo ver cómo el médico español se centra más en la transacción y la resolución de problemas. No sólo no hay muestras significativas de humor, sino que el uso de comunicación fática se da de manera reducida en comparación con el paciente español, que toma la iniciativa en la mayoría de las interacciones. Es llamativo sin duda que el paciente español, considerado el interlocutor con menos poder institucionalizado, haga uso de la comunicación fática y busque la solidaridad y la empatía con el doctor. Hay que recordar que mientras el doctor está desarrollando su trabajo, y que cualquier función afiliativa podría tener una motivación de mejora de la comunicación, el uso de la comunicación fática por parte del paciente puede estar más relacionado con un uso personal y cultural de la comunicación en este ámbito, pues el paciente no tiene un lenguaje ni una función especializados. Por tanto, es el paciente el que lidera el trabajo interpersonal en la consulta médica española, mientras que en el contexto británico, ese rol lo desempeña el profesional. Como resultado, vemos que la iniciativa por la afiliación se lleva a cabo por distintas partes en ambos contextos.

Si vamos más allá, y en relación con la percepción de roles existentes, se verá entonces que el uso de la comunicación fática y el humor no sólo tienen una función afiliativa, como se vio en el caso del doctor británico; si un miembro de la interacción se encuentra en desventaja de poder dada por los roles adquiridos, entonces una iniciativa interaccional en la comunicación debe ser interpretada como un deseo de auto-afirmación (Fant 1989, 1995, 2007), donde el paciente se hace escuchar y demuestra que no es mero receptor de instrucciones, sino que también muestra su parte personal. Es el deseo de personalismo de algunas comunidades hispanas, ya descritas por autores como Placencia (2005). En este sentido, hay un mayor deseo de auto-afirmación en los interlocutores españoles, con un

uso de comunicación fática más equilibrado que en el corpus británico, donde es el doctor el que lidera la interacción.

Volviendo a la afiliación reflejada en el uso del humor y la comunicación fática, los datos demuestran que se usan estratégicamente con objetivos similares, aunque de distinta forma, frecuencia y distribución. Esto está directamente relacionado con el hecho de no puede tomarse la afiliación o la auto-afirmación como categorías absolutas, sino que responden a escalas culturales que se pueden comprender mejor tras la comparación de datos culturales. Así, la consulta médica española contiene un mayor nivel de afiliación en términos generales, dada la frecuencia y repetición de comunicación fática en la gran parte de las interacciones, pero si se diferencian los roles, el doctor británico muestra mayor carga afiliativa que el español, mientras que el paciente británico se limita a continuar la comunicación de contacto iniciada por la otra parte. Es por ello que calificar una cultura o un contexto de más o menos afiliativo, sin más, puede inducir a error, pues el tipo de afiliación y en qué grado, deben verse considerando tanto los interlocutores, como sus roles y su contexto.

La presencia/ausencia de humor o comunicación fática también implica algo más: las relaciones de poder y los roles no tienen una relación fija y estable, sino que dependerá de cómo se codifican ambas en las culturas analizadas. Así, la cultura británica en este contexto asume que el miembro de más poder institucional –el médico–, es el que toma la iniciativa, y por tanto poder-iniciativa afiliativa tienen relación. Sin embargo, la carencia de iniciativa afiliativa por parte del doctor español implica que el miembro de más poder no tiene por qué ser el que tenga más iniciativa necesariamente. En este caso, el poder no se marca comunicativamente, sólo psicológica y socialmente, dado por la situación. Dicho de otro modo, hay variación entre iniciativa afiliativa del doctor británico por medio del humor e iniciativa afiliativa del paciente español (aunque no solamente éste) por medio de comunicación fática, lo que demuestra también un deseo constante de auto-afirmación.

5. CONCLUSIONES

Este estudio ha demostrado la importancia de estrategias de comunicación interpersonal tales como el humor y la comunicación fática en contextos donde tanto profesional como paciente desean mantener y reforzar la imagen del otro. Se ha visto cómo esta iniciativa es unidireccional, del médico al paciente en el caso británico, y del paciente al médico en el caso español, aunque la otra parte tiende a continuar el tono humorístico o fático como marca de aceptación de los roles adoptados.

Se ha visto que si bien el uso del humor podría considerarse específico del contexto británico, en el caso español, lo que abunda es el uso de comunicación fática. Esto implica que siempre hay una estrategia interpersonal y que lo puramente transaccional se da en muy raras ocasiones. Además, se ha demostrado que la orientación afiliativa o de auto-afirmación de cada interlocutor varía considerablemente de cultura a cultura.

Se ha podido concluir que una misma estrategia pragmalingüística podrá tener o bien carácter afiliativo, o bien reflejar un deseo de auto-afirmación (según el rol asumido), siendo estas dos categorías valores socioculturales que no tienen por qué ser excluyentes. Además, la provisión de una taxonomía del humor, elaborada de manera inductiva tras el análisis de los datos es el primer paso para continuar, en líneas futuras, estudios especializados del

humor en contextos institucionalizados. Es tarea futura, pues, examinar otros contextos para saber si se trata de características propias de la consulta médica o si bien son extrapolables a otros contextos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ASTON, G. 1988. *Negotiating Service: Studies in the Discourse of Bookshop Encounters*. Bologna: CLUEB.
- BOXER, D. Y CORTÉS-CONDE, F. 1997. "From bonding to biting: Conversational joking and identity display". *Journal of Pragmatics* 27, 3: 275-294.
- BRAVO, D. 1999. "¿Imagen "positiva" vs. imagen "negativa"? Pragmática sociocultural y componentes de 'face'". *Oralia. Análisis del Discurso Oral* 2: 155-184.
- _____. 2003. "La perspectiva no etnocentrista de la cortesía: identidad sociocultural de las comunidades hispano-hablantes". *Actas del Primer Coloquio del Programa EDICE*. Sweden: Stockholms Universitat.
- _____. 2005. "Categorías, tipologías y aplicaciones: hacia una redefinición de la cortesía comunicativa". En D. Bravo (Ed.) *Estudios de la (des) cortesía en español. Categorías conceptuales y sus aplicaciones a corpus orales y escritos* 21-52. Buenos Aires: Programa EDICE y editorial Dunken.
- BROWN, P. Y LEVINSON, S. [1978] 1987. *Politeness. Some Universals of Language Use*. Cambridge: Cambridge University Press.
- CORDELLA, M. 1999. "Medical discourse in a hispanic environment: power and *simpatía* under examination". *Australian Review of Applied Linguistics* 22, 2: 35-50.
- _____. 2002. "La interacción médico-paciente en escrutinio: un estudio de sociolingüística interaccional" *Onomazein* 7: 117-144.
- _____. 2003. "En el corazón del debate: el análisis del discurso en la representación de las voces médicas" *Oralia. Análisis del Discurso Oral* 6: 147-168.
- _____. 2004. *The Dynamic Consultation. A Discourse Analytical Study of Doctor-Patient Communication*. Philadelphia: John Benjamins Publishing.
- COUPLAND, J. 2000. *Small Talk*. London: Longman.
- COUPLAND, J., COUPLAND, N. Y ROBINSON, J. 1992. "How are you?" negotiating phatic communion". *Language in Society* 21: 207-230.
- DE LOS HEROS, S. Y MONTES, C. 2008. "Una aproximación al habla de contacto en dos peluquerías limeñas". *Oralia, Análisis del Discurso Oral* 11: 169-190.
- DÍAZ MARTÍNEZ, F. 2008. "El 'habla espontánea' como juego de lenguaje institucional: una extraña conversación de contacto". *Oralia, Análisis del Discurso Oral* 11: 89-107.
- FANT, L. 1989. "Cultural Mismatch in Conversations: Spanish and

- Scandinavian communicative behaviour in negotiation settings”. *Journal of Linguistics* 247-265.
- _____. 1995. “Negotiation discourse and interaction in a cross-cultural perspective: the case of Sweden and Spain”. En K. Ehlich and J. Wagner (eds.) *The Discourse of Business Negotiation* 77-201. Berlin : Mouton de Gruyter.
- _____. 2007. “Rapport and identity management : a model and its application to Spanish dialogue”. En Placencia, M.E. y García, C., *Research on Politeness in the Spanish Speaking World*. 335-365. Londres : Routledge.
- FIRTH, J. R. 1937. *The Tongues of Men*. London: Watts & Co.
- GARCÍA GÓMEZ, A. 2008. Conflicting to be polite or being polite not to conflict: a social constructivist approach to the notion of face for the British and American culture. *Actas del XXIV Congreso Internacional de AESLA*: 1341-1347.
- GOFFMAN, E. 1967. *Interaction Ritual: Essays on face and face behaviour*. Nueva York: Garden City.
- _____. 1972. *On Facework*. En *Interaction Rituals –essays on face-to-face interaction*. London: Penguin.
- GRAHAM, E. E. 1995. “The involvement of sense of humour in the development of social relationships”. *Communication Reports* 8: 158-169.
- HERNÁNDEZ FLORES, N. 2002. “La cortesía en la conversación española de familiares y amigos. La búsqueda del equilibrio entre la imagen del hablante y la imagen del destinatario”. Aalborg: Institut fo Sprog Internationale Kulturstudier, Aalborg Universitet, vol. 37.
- _____. 2003. “Cortesía y contextos socioculturales en la conversación española de familiares y amigos”. En D. Bravo (ed.) *Actas del Primer Coloquio del Programa EDICE ‘La Perspectiva No Etnocentrista de la Cortesía: Identidad Sociocultural de las Comunidades de Hispano-hablantes’*, 121-127. Estocolmo: Programa EDICE, Universidad de Estocolmo.
- HERNÁNDEZ LÓPEZ, M. (2010) “La comunicación fática como estrategia para la gestión de la imagen en la interacción médico-paciente en Inglaterra y España” En Placencia, M. E. y C. García, *Research topics in Pragmatics and Intercultural Communication in Spanish*. Cambridge Scholars Publishing.
- HERNÁNDEZ LÓPEZ, M. Y PLACENCIA, M.E., 2004. “Modos de conducir las relaciones interpersonales en interacciones de atención al público: el caso de las farmacias en Sevilla y Londres”. *Estudios de Lingüística de la Universidad de Alicante* 18: 129-150.
- HYERS, 1996. *The Spirituality of Comedy: Comic Heroism in a Tragic World*. New Brunswick, NJ: Transaction.
- JAKOBSON, R. 1976. *Nuevos Ensayos de Lingüística General*. Siglo X X I: México
- JAKOBSON, R. Y HALLE, M. 1973. *Fundamentos del Lenguaje*. Ayuso: Madrid.

- KNAPP, M. L. 1978. *Social Intercourse: From Greeting to Goodbye*. Boston, Massachusetts: Allyn and Bacon.
- LAVER, J. 1975. Communicative functions of phatic communion. En A. Kendon, R. M. Harris y M. R. Key (eds.) *The organization of behaviour in face-to-face interaction*. The Hague: Mouton, 215-238.
- MALINOWSKI, B. 1923. The problem of meaning in primitive languages. En C. K. Ogden y I. A. Richards (eds.) *The Meaning of Meaning* 146-152. London: Routledge and Kegan Paul.
- MANCERA RUEDA, A. 2008. "La reformulación en el discurso periodístico: una muestra de la oralidad fingida". En Placencia, M.E. y C. García, eds. *Oralia, Análisis del Discurso Oral* 11: 353-375.
- MICZO, N. 2004. "Stressors and Social Support Perceptions Predict Illness Attitudes and Care-Seeking Intentions: Re-Examining the Sick Role". *Health Communication* 16, 3: 347-361.
- MICZO, N. Y WELTER, R. 2006. "Aggressive and Affiliative Humor: Relationships to Aspects of Intercultural Communication". *Journal of Intercultural Communication Research* 35,1: 61-77
- MULLANY, L. 2004. "Gender, politeness and institutional power roles: humour as a tactic to gain compliance in workplace business meetings". *Multilingua* 23: 13-37.
- NORRICK, N. Y A. SPITZ, 2008. "Humour as a resource for mitigating conflict in interaction". *Journal of Pragmatics* 40: 1661-1686.
- PIZZINI, F. 1991. "Communication hierarchies in humour: gender differences in the obstetrical/ gynaecological setting". *Discourse and Society* 2, 4: 477-488.
- PLACENCIA, M. E. 2004. "Rapport-building activities in corner shop interactions". *Journal of Sociolinguistics* 8, 2: 215-245.
- PLACENCIA, M. E. 2005. "Pragmatic variation in corner store interactions in Quito and Madrid". *Hispania* 88, 3: 583-598.
- PLACENCIA, M. E. Y GARCÍA, C. 2008. "Formas, usos y funciones del habla de contacto en español. Introducción". *Oralia, Análisis del Discurso Oral* 11: 9-28.
- SPENCER-OATEY, H. 2000. *Culturally Speaking. Managing Rapport through Talk Across Cultures*. London: Continuum.
- _____. 2008. *Culturally Speaking. Culture, Communication and Politeness*. London: Continuum.
- STEELE, C. 1988. The psychology of self-affirmation: sustaining the integrity of the self. En L. Berkowitz (ed.) *Advances in Experimental Social Psychology*, vol. 21: 261-302. New York: Academic Press.
- THURÉN, B. 1988. *Left Hand Left Behind. The Changing Gender System of a Barrio in Valencia, Spain*. Stockholm: Stockholm Studies in Social Anthropology.

- TRAVERSO, V. 2001. "Syrian service encounters: A case of shifting strategies within verbal exchange". *Pragmatics* 11 (4): 421-444.
- TRIANDIS, H. 1984. *Individualism and Collectivism*. Boulder, CO: Westview Press.
- VALERO GARCÉS, C. 2008. "La conversación de contacto en contextos institucionales: la consulta médica". En Placencia, M. E. y C. García. eds. *Análisis del discurso oral*. Monográfico de Oralía, 11.
- WALSH, I. 2007. "Small talk is "big talk" in clinical discourse: appreciating the value of conversation in SLP clinical interactions". *Topics in Language Disorders* 27, 1: 24-36.
- ZIV, A. 1984. *Personality and Sense of Humor*. New York: Spring Publishing.