

Narrativas del dolor: técnicas conversacionales y recursos de mitigación e intensificación

Pain Narratives: Conversational Techniques and Mitigation and Intensification Resources

GUIOMAR ELENA CIAPUSCIO

Instituto de Filología y Literaturas Hispánicas “Dr. Amado Alonso”
Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas
Universidad de Buenos Aires

25 de mayo, 217 - primer piso. Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Argentina), 1002
gciapusc@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0003-2019-3199>

RECIBIDO: 22 DE OCTUBRE DE 2021
ACEPTADO: 3 DE FEBRERO DE 2022

Resumen: El artículo se enmarca en estudios precedentes sobre narraciones orales, específicamente, en enfoques que conciben las actividades conversacionales como un proceso de (co)construcción de los interlocutores (Gülich/Schöndienst/Surmann; Gülich 2007). Me propongo profundizar en el conocimiento las formas de reconstrucción narrativa que se emplean para relatar crisis cardíacas, y en los procedimientos de formulación para representarlas (Gülich/Kotschi; Brünner/Gülich; Ciapuscio 2003). Por otra parte, estudio los recursos lingüísticos para verbalizar la intensidad –mitigación o intensificación– del dolor y de los síntomas asociados (Mihatsch/Albelda; Albelda/Mihatsch). El análisis ejemplar está basado en un corpus de seis entrevistas de ingreso entre cardiólogos y pacientes, que tuvieron lugar en un hospital público del Gran Buenos Aires.

Palabras clave: Narrativas del dolor. Géneros reconstructivos. Técnicas narrativas. Mitigación. Intensificación.

Abstract: The article is framed in previous studies on oral narratives, specifically, in approaches that conceive conversational activities as a process of (co) construction of the interlocutors (Gülich/Schöndienst/Surmann; Gülich 2007). I intend to advance in the knowledge of the forms of narrative reconstruction that are used to report cardiac crises, and in the formulation procedures to represent them (Gülich/Kotschi; Brünner/Gülich; Ciapuscio 2003). On the other hand, I study the linguistic resources to verbalize the intensity – mitigation or intensification – of pain and associated symptoms (Mihatsch/Albelda; Albelda/Mihatsch). The exemplary analysis is based on a corpus of six admission interviews between cardiologists and patients, which took place in a public hospital in the Greater Buenos Aires.

Keywords: Pain Narratives. Reconstructive Genres. Narrative Techniques. Mitigation. Intensification.

1. INTRODUCCIÓN

Narrar oralmente episodios críticos de salud es una tarea conversacional compleja, porque, por un lado, implica recordar sucesos en general traumáticos y, por el otro, plantea el desafío de poder verbalizarlos y transmitirlos a otros de manera comprensible, superando la dificultad que supone su carácter muchas veces difuso y, por eso, inefable. Este trabajo trata de profundizar en el conocimiento de las formas de reconstrucción que se emplean en entrevistas entre cardiólogos y pacientes para narrar crisis cardíacas. Hasta donde conozco, las técnicas de reconstrucción empleadas para narrar oralmente eventos críticos de salud han sido poco estudiadas en español; más aún, desde la perspectiva de la producción discursiva, es decir, desde un enfoque que privilegia el proceso de (co)construcción de los interlocutores (Gülich 2007). En las reconstrucciones, por un lado, pueden observarse ciertas “técnicas” o procedimientos narrativos recurrentes (Gülich/Schöndienst/Surmann; Gülich 2007); por el otro, se puede constatar la centralidad de ciertos mecanismos y recursos mediante los cuales los pacientes describen la intensidad de esas experiencias críticas: sea para indicar el carácter aproximado o atenuado de las descripciones o, por el contrario, para intensificar (cuantificar o graduar) el síntoma o el dolor (Mihatsch/Albelda; Albelda/Mihatsch).

El artículo aspira a responder a las siguientes preguntas, focalizando en un género discursivo específico y concentrándose en la perspectiva de los pacientes: ¿qué técnicas de reconstrucción narrativa se emplean en las entrevistas? ¿Cuáles son las características estructurales y funcionales principales que permiten identificarlas? ¿Existe un empleo diferenciado de esas técnicas según el tipo de experiencia que se está reconstruyendo? ¿Cómo comunican los pacientes la calidad y la intensidad del síntoma o dolor? ¿Con qué procedimientos y recursos lingüísticos?

La estructura del trabajo es la siguiente: en primer lugar, expongo los fundamentos teórico-metodológicos, los métodos de análisis que se adoptan en la investigación y los detalles referidos al corpus. En la sección analítica, se presentan descripciones y reflexiones sobre fragmentos seleccionados de las conversaciones, ordenadas según las temáticas antedichas. Por último, se recapitulan los resultados y se reflexiona sobre algunas de sus implicaciones.

2. ANTECEDENTES TEÓRICOS

La conversación es un proceso que se desarrolla en el tiempo a medida que los interactuantes van intercambiando sus enunciados; se trata de una construcción cooperativa, que puede concebirse como un trabajo interactivo. Llevar adelante conversaciones conlleva el esfuerzo coordinado de los hablantes para superar o solucionar los problemas que surgen en la conversación y, de esa manera, poder avanzar hacia el logro de las metas comunicativas (Gülich/Kotschi; Gülich 2007). Desde esta perspectiva, la producción discursiva constituye un trabajo interactivo de permanente formular y reformular orientado en objetivos, cuya progresiva realización va dejando huellas en la superficie textual, especialmente evidentes en los intercambios orales. Para su realización los hablantes emplean determinados procedimientos, que se revelan como regulares y “metódicos”; por ejemplo, las reformulaciones (la vuelta atrás en el discurso para ampliar, corregir, precisar lo dicho) y los comentarios metadiscursivos, es decir, las actividades lingüísticas con las que los interlocutores comentan y valoran expresiones del discurso propio o ajeno (Gülich/Kotschi). Ambos tipos de procedimientos suelen combinarse y acumularse en lugares especiales de las interacciones (ver Gülich 2003; Ciapuscio 2003; 2007). Las dificultades de formulación que supone toda interacción –y más aún, en contextos como la interacción médico-paciente– explican el empleo asiduo no solo de esos procedimientos, sino además de los llamados procedimientos de ilustración (Brünner/Gülich; Gülich 2003; Ciapuscio 2003): estos consisten en un conjunto de medios de (re)presentación interactivos que emplean especialistas y no especialistas para transmitir conocimiento experto o vivencial. Se trata de procedimientos conformados por imágenes verbales, entre las que cobran protagonismo las metáforas (incluyendo símiles y comparaciones) y los escenarios, es decir, bosquejos verbales de una situación imaginada, contrafáctica, en la cual se narran y se esbozan de manera aproximada sucesos y acciones del destinatario (Brünner/Gülich 23).

Un segundo aspecto relevante es la concepción sobre la actividad de narrar y sus diversas formas o géneros. Desde la perspectiva de la sociología comunicativa, Bergmann/Luckmann sostienen que la función principal de los géneros comunicativos es organizar, rutinizar y prestar soluciones más o menos obligatorias a problemas comunicativos recurrentes en la vida social. El foco de su propuesta son los “géneros reconstructivos”, con los cuales los interactuantes traen al presente sucesos pasados. Este concepto exhibe ma-

mayor amplitud y versatilidad que el de “narración”, puesto que permite abarcar las variadas formas en que se reconstruyen eventos pasados, como los ensayos, las anécdotas, las dramatizaciones, que superan el concepto clásico del *story telling*. Esta visión es retomada por un conjunto de investigadores alemanes, quienes han realizado importantes contribuciones sobre el narrar en contextos cotidianos y, especialmente, en contextos de conversaciones médico-paciente (Gülich/Schöndienst/Surmann; Gülich 2007;¹ Surmann), entre otros. En línea con su concepción analítico-conversacional con impronta etnometodológica, consideran que reconstruir verbalmente las experiencias y sucesos pasados debe concebirse como una *tarea comunicativa*, que se produce en muy diferentes contextos. Se trata de una actividad coordinada de todos los participantes, un método de reconstrucción, entre otros, dado que esa tarea puede solucionarse también de otros modos, por ejemplo, mediante una secuencia de pregunta-respuesta. Gülich/Schöndienst/Surmann presentan una distinción entre dos formas básicas de reconstrucción narrativa: la reconstrucción de un episodio singular, que se delimita claramente del desarrollo de la acción y de los sucesos restantes, que denominan *narrar episódico*, y la reconstrucción de procesos que se repiten, presentados como típicos, modalidad que denominan *narrar iterativo*. Esas formas del narrar se caracterizan mediante indicadores lingüísticos, predominantemente a través de los tiempos verbales, adverbios y otros tipos de construcciones con significado temporal. Existe una forma especial de reconstruir sucesos pasados: las escenificaciones (o representaciones escénicas) que implican una especie de “quiebre narrativo” en el discurso. Cuando un hablante reconstruye escénicamente, emplea recursos de representación específicos, mediante los cuales la narración se convierte en una representación dramática: por ejemplo, el “presente escénico” y el uso del discurso referido, especialmente la forma del discurso directo, mediante el cual los narradores animizan distintas voces de los protagonistas. No solo se reconstruyen acciones o sucesos, sino también acciones comunicativas: en las narraciones cotidianas, la reproducción de expresiones propias o ajenas suele ocupar un gran espacio (Gülich 2007).

1. Los trabajos de E. Gülich (individuales y colectivos) citados en este artículo han sido publicados en conjunto recientemente bajo la forma de libro (Gülich/Pfänder/Scheidt/Schumann). En este artículo, a los efectos de la claridad, cito las publicaciones originales.

Por último, son relevantes en esta investigación los mecanismos y recursos expresivos para la expresión de la intensidad semántica, pragmática o semántico-pragmática en sus distintas modulaciones, la atenuación y la intensificación (Mihatsch/Albelda; Albelda/Mihatsch). En efecto, en las narrativas sobre crisis cardíacas cobran protagonismo los distintos procedimientos y recursos lingüísticos que sirven, por un lado, para señalar el carácter aproximado, precario de las descripciones de las vivencias y, por el otro, para transmitir la intensidad del dolor o síntoma. Sobre la atenuación y la intensificación y sus recursos expresivos disponemos en español de un conjunto de investigaciones de referencia que orientan el presente trabajo, de orden tanto gramatical (Lamíquiz; Suñer Gratacós/Roca),² como discursivo (ver la concisa y esclarecedora revisión de Schneider), que se han extendido recientemente al análisis en ámbitos y géneros particulares (Albelda Marco; Briz; Kornfeld; Mihatsch/Albelda; Albelda/Mihatsch; Quintana/Kailuweit; Villalba Ibáñez, entre otros).

3. CORPUS Y METODOLOGÍA

El corpus del trabajo está constituido por seis entrevistas entre cardiólogos y pacientes, tomadas en el Hospital público “El Cruce. Néstor Kirchner”, un hospital modelo de alta complejidad, que atiende pacientes solo por derivación de otras unidades sanitarias. El hospital está situado en la localidad de Florencio Varela, en el área del Gran Buenos Aires, que en conjunto tiene una tasa oficial del 51% de pobreza y un 15,2% de indigencia.³ Los pacientes que concurren son mayormente personas con alta vulnerabilidad social, que antes de llegar al hospital frecuentemente han peregrinado por distintos centros de atención y que enfrentan un sinnúmero de dificultades para acceder a servicios de salud.⁴

Las conversaciones tienen lugar pocos días después de ocurrida y superada la crisis cardíaca y son denominadas “entrevistas de ingreso”; por sus

2. Dada la abundante bibliografía gramatical sobre el tema, por razones de espacio la mención aquí es apenas ilustrativa.

3. La fuente es el informe del INDEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos), del 31/03/21. Se considera en situación de pobreza a aquellos hogares cuyos ingresos son insuficientes para satisfacer las necesidades básicas, alimentarias y no alimentarias, de sus miembros; la línea de indigencia representa el ingreso mínimo necesario por persona para cubrir el costo de una canasta alimentaria.

4. El protocolo de la investigación y la toma de datos fueron autorizados por el Comité de Ética de Investigación del Hospital y contaron con el consentimiento informado de los pacientes. Sus nombres y datos personales han sido modificados para preservar la confidencialidad.

características generales pueden adscribirse a un modelo de tipo psicosocial (Bañón Hernández), dado que los pacientes tienen amplio espacio para sus intervenciones; raramente son interrumpidos y los cardiólogos manifiestan una clara actitud de escucha y comprensión. Las intervenciones de los médicos se dan bajo la forma de preguntas abiertas y, además, ofrecen señales de aliento y motivación para que los afectados se expliquen en sus descripciones. Los temas responden a un guion preestablecido: 1) antecedentes del paciente (edad, hábitos, enfermedades previas, medicamentos); 2) el evento crítico (circunstancias, localización, cualidad e intensidad del dolor, medidas adoptadas en la emergencia, tiempo transcurrido desde el infarto hasta la atención hospitalaria). Esta esquematicidad se revela en preguntas breves de los médicos que van acotando y reorientando el discurso de los pacientes, para los cuales la vivencia del infarto es absolutamente singular y de alto impacto emocional, por lo que, si bien sus contribuciones suelen ser pormenorizadas en cuanto a las circunstancias, suelen evidenciar, por otro lado, un alto grado de dificultad e imprecisión en la descripción de los síntomas, propio de la experiencia traumática (Gülich/Schöndienst).

El análisis que presento a continuación es de orden inductivo y ejemplar y se guía en el enfoque del análisis conversacional. Las contribuciones de los hablantes, por tanto, se analizan de manera secuencial, respetando el orden de la interacción; la atención se concentra en las formulaciones que van realizando los médicos y los pacientes en colaboración con el propósito de reconstruir el evento crítico, de obtener y elaborar información vital para el diagnóstico y el tratamiento. El análisis cualitativo pone la lupa sobre las formulaciones lingüísticas, atendiendo de manera minuciosa a los marcadores y expresiones que señalan diferentes procedimientos de formulación e ilustración con que se verbalizan los sucesos. Si bien se ha estudiado en profundidad las seis entrevistas de ingreso al hospital, la presentación se limitará a fragmentos escogidos de dos conversaciones que pueden considerarse prototípicos, en el sentido de que representan casos paradigmáticos de las formas de reconstruir el proceso crítico y de describir los síntomas y el dolor en el corpus analizado.

4. ANÁLISIS

La primera entrevista (“Simón”) es una extensa conversación de 40 minutos, en que los interactuantes reconstruyen distintas alternativas del proceso de en-

9. P: Balde: y. YO ya venía sintiendo un poquito de. taquiCARDia. una molestia y estaba muy
 10. P: ansiOso. unos quince veinte minuto atrás y empecé a traspisar. de repentE:: leVANto el
 11. P: balde. cuando levanto el balde siento un impacto muy fuErte en el Pecho. que me tira..
 12. P: y pierdo el conocimiento creo que serán: yo lo tomo como un infArto. habrá sido dO
 14. P. tres segundo y me olvidé me fui corriendo a la salita y JUSto encuentro una doctora diVina.
 15. M: ajá
 16. P: que::se preocupó en el ACto. me hizo TOdo lo que pudo ahí en la salita sin tener NAda
-

En respuesta a la demanda del médico en la línea 2, que propone iniciar el relato con las circunstancias del evento (*¿estaba solo?*), el paciente procede a reconstruir la crisis sufrida (líneas 3 a 16). Luego de aceptar la tarea comunicativa (*bueno*, línea 3), provee las circunstancias en que ocurrió el hecho, empleando para ello frases verbales durativas en pretérito imperfecto, que proveen el marco referencial temporal y espacial (*yo estaba trabajando hace cuatro años y medio atrás*), y describe la actividad que estaba desarrollando (*estaba entrando un viaje de tierra*). En la línea 4 puede observarse una modificación en la perspectiva de la reconstrucción: con el empleo del sintagma temporal *de repente* y el cambio al presente en los verbos se introduce el evento central del presunto ataque cardíaco (*y de repente siento como un impacto seco en el pecho*). La vivencia del ataque como una irrupción repentina es una constante en el corpus y se traduce en el empleo recurrente de expresiones adverbiales que transmiten ese significado (*de repente, en un tiro, de golpe*), como se ha comprobado en trabajos anteriores (Ciapuscio 2017; en alemán, Brünner/Gülich). En la línea 8, luego de la superación del malentendido del médico (si se trata de una actividad laboral o de un arreglo particular de su jardín), Simón comienza por reiterar la expresión para continuar el relato (*de repente levanto un balde*, 8-9), pero lo interrumpe con un inciso narrativo que brinda información de fondo, nuevamente presentada con las formas del imperfecto, en una perífrasis verbal durativa (*yo venía sintiendo un poquito de taquicardia. una molestia y estaba muy ansioso*, líneas 9 y 10). En la línea 10, retorna a la narración en tiempo presente y reitera la expresión con alargamiento y énfasis en el verbo (*de repente:: leVANto el balde*), que repite dentro de una subordinada temporal (*cundo levanto el balde*, línea 11). Los cambios del pretérito imperfecto y la presentación durativa de las acciones al presente histórico permiten delimitar el suceso principal y dotar de dramatismo a lo sucedido

(*siento un impacto muy fuerte en el pecho que me tira y pierdo el conocimiento*, líneas 11 y 12). El dolor de infarto se verbaliza mediante el recurso a una de sus metáforas convencionalizadas: EL DOLOR ES UN DISPARO, UN IMPACTO, UN GOLPE (Brünner/Gülich; Ciapuscio 2017). Obsérvese que, en su primera aparición, la expresión metafórica es *un impacto seco* (línea 4), en la que el adjetivo transmite parcialmente una cualidad;⁶ en la segunda, con la expresión *un impacto muy fuerte* (línea 11), el significado del sintagma adjetival es puramente intensificativo. A continuación, el narrador incorpora su evaluación personal de lo sucedido (*yo lo tomo como un infarto*, línea 12). Por último, presenta la resolución del problema de manera muy sintética (líneas 14-16): la ida a la salita y la superación del evento gracias a la ayuda de la médica. En resumen, en el fragmento puede reconocerse en términos globales las categorías centrales de la narración (*marco-complicación-resolución*), que se despliegan paso a paso en el plano microestructural mediante los recursos de la narración episódica, es decir, la reconstrucción del evento singular, situado por coordenadas espacio-temporales y descrito de acuerdo con la secuencia de actos individuales. La reconstrucción es co-construida con el médico, quien no solo interviene con sus preguntas, sino que contribuye con señales de asentimiento (por ejemplo, en las líneas 5 y 15).

Luego de este pasaje, se suceden una serie de intercambios en que el médico intenta confirmar si se ha tratado efectivamente de un preinfarto; dado el tiempo transcurrido entre ese evento y el infarto tratado en el hospital, el médico interroga sobre la presencia de síntomas durante el periodo:

(2) Sintomatología

1. M: bien. o sea desDE. hace cuAtro años que tuvo este evento hasta aHOra
2. M: [volvió a tener algún dolor de pEcho’
3. P: después no me traté nunca más nO. lo que
4. P: yo SÍ tenía era trastornos con lo que yo le comentaba hoy al doctOr. problema de respiraciÓn

6. “20. adj. Dicho de un golpe: Fuerte, rápido y que no resuena”. (DLE, s.v. *seco*; consultado el 09/07/2021).

5. P: . mUcho latido y / u y: / y: a veces adormecimiento de las MAnos. de los brAzos. pero yo no le
6. P: daba importancia. <inspira> lo tomaba como que /. como yO quemaba CO:bre. brOnze:.
7. M: mhm
8. P: quemaba metales. eh: cuando yo se lo comenté a la doctOra la doctora lo tomó que.
9. P: quiZÁs mI problema haya sido pulmonAR. de tanto tragar el HUmo: el polVillo del cObre.
10. M: usted por esto. esto que sentía consultÓ y ahí le dijeron que era por. el cobre
11. P: CLA:ro. muchas veces no NO porque a veces. yo
12. P: me agoTAbA. fatigaba MUcho. y Nunca supieron cómo explicarme porque: e el / los sent / l /
13. P: la / l / lo que uno siente lo puede expresar pero el médico lo toma como si fuera algo naturAl
14. P: . <inspira> yo desde el momento que yo tuve el pre-infArto. el supuesto pre-infarto y
15. P: después de que yo me enteré de que tenía lo de la gargAnta. yo empecé a tener
16. P: complicaciones como e / en la respiraciÓN al dormir.. como:. que. yO respiraba profundo = y
17. P: de repente era como que:. se cortAba como el dibujito del elEctro cuando: uno tiene una
18. P: palpitación o un:.. un laTido muy fuerte y sube la agujita'. eso me pasaba de aCÁ para arriba
19. M: cua /
20. P: a la irrigación / y / YO <fuerte> decía por dentro +. o le comentaba al doctor. es como cuando
21. P: la sangre irrIga y de repente se cOrta y vuelve a:.. o ustÉ apreta la manguera y Sale el agua
22. M. bien,

El médico pregunta en la línea 2 si ha vuelto a tener dolores de pecho, lo cual desencadena una secuencia extensa en que ambos interlocutores van reconstruyendo los trastornos de salud padecidos y que evidentemente eran indicios de la enfermedad que haría crisis más tarde. Debido a la actividad de Simón, quemar para recuperar metales y venderlos, esos trastornos eran

interpretados por la médica tratante como probables dolencias pulmonares. En la línea 4, el paciente comienza a describir los síntomas: puede observarse que el tiempo verbal predominante es el pretérito imperfecto (por ejemplo, *lo que yo sí tenía era trastornos*; más adelante: *me agotaba. fatigaba mucho* (línea 12), *como que yo respiraba profundo y de repente era como que se cortaba, me cansaba*, líneas 16-17), determinaciones adverbiales de habitualidad (*muchas veces, a veces*, línea 11), o sintagmas preposicionales seguidos de formas de infinitivo con ese significado (*al dormir*, línea 16). El fragmento ilustra con claridad la técnica narrativa iterativa que permite verbalizar sucesos recurrentes en el tiempo, que conforman una habitualidad. A partir de la línea 15, con la misma técnica, Simón intenta describir las complicaciones que tenía al respirar durante la noche; allí emprende un esforzado trabajo de formulación, en el que se reitera el marcador *como que* (*como que yo respiraba profundo y de repente era como que se cortaba como el dibujito del electro cuando uno tiene una palpitación o un latido muy fuerte y sube la agujita*, líneas 16-18). El marcador seguido de predicación funciona aquí como un atenuador de la fuerza modal de la aserción (Kornfeld); expresa cierto distanciamiento epistémico del paciente respecto de sus dichos y simultáneamente genera un efecto de protección de su imagen (ver Figueras). En la formulación citada, además, introduce la analogía con el electrocardiograma, encabezada con *como* (línea 17): merece destacarse el uso de los diminutivos (*dibujito, agujita*), que si bien intensifican el significado hacia el polo extremo (“tamaño pequeño”), podrían interpretarse simultáneamente como atenuadores del *decir*, al considerarse el contexto de uso particular (Schneider 36; Mihatsch/Albelda 11). En efecto, se trata de un fragmento en que el narrador se esfuerza por presentar su vivencia personal y para ello introduce la analogía, que, como tal, entraña significado de aproximación. En la línea 20, prosigue su trabajo reconstructivo escenificando acciones comunicativas del pasado mediante el discurso directo –monólogo interior (*yo decía por dentro*)– y el indirecto (*o le comentaba al doctor*); nuevamente para transmitir la vivencia subjetiva del síntoma, Simón apela primero a una analogía (*es como cuando la sangre irriga y de repente se corta y vuelve*) e inmediatamente a un escenario: *o usted aprieta la manguera y sale el agua*, línea 21, es decir, presenta una situación imaginada en que trata de colocar al interlocutor para lograr comunicar la experiencia. El médico brinda en la línea 22 su señal de comprensión a las formulaciones elaboradas por el paciente a base de ilustraciones y cierra la secuencia.

la representación directa del habla propia y de su interlocutor reconstruye lo ocurrido trayéndolo a la situación de habla (*le digo / me dice el muchacho qué te pasa... querés que te llame a los bomberos*), es decir, reproduce el diálogo mantenido con su compañero de trabajo y lo presenta como si estuviera ocurriendo en el momento de la reconstrucción. En el diálogo reproducido se representa de manera completa el microevento (complicación + resolución). Luego de ese hecho, transcurren dos días en los que sigue sintiendo molestias:

(4) Infarto (II)

1. P: el miÉRcoles no pasó nada cuando salí. PEro tuve unas secuencias muy suaves de dolor
2. P: CUAtro cinco veces en el día. y no hice nAda ese día. le digo a mi señora [no te enojás si
3. P: no trabajo'. le digo después VEmos como pagamo el almaCÉN le digo. pero no: / no me
4. P: SIEnto muy bien. no me siento. le digo el dolor no se VA:. es continuo. pero no era tan
5. P: FUERte el impacto. no le di importancia. el miércoles me sucedió lo mismo. pero ya. a la
6. P: nOche del: miÉRcole para el JUEves el jueves a la noche SÍ ya. los síntomas empezaron.
7. M: mmm
8. P: eh:: fueron TRÉs veces a la noche en du / u / u / durmiendo. que = el. sentí el imPACto muy
9. P: fuerte en el pecho. me levanté me relajaba me sentaba en la cama. lo aguantaba con la
10. P: respiración. se iba. después a las DOS = horas. volvía a regularse y deL: juEves para el
11. P: viERne. ya fue má / más seguido. el viERnes ya lo tuve. que fuE cuando e: fui a vender
12. P: metales a las nueve de la mañana que me levanté temprAno. que ahí fue donde me
14. P: descompuse en la metalera y el mismo muchAcho que me había dicho el marte: llAmo
15. P: a los bombero. me los llamó porque me dijo. nO te dejo ir. aSÍ no te dejo ir

16. M: claro estA vez no le
17. M: hizo caso, y llamó llamó a los bomberos.
18. P: y llamaMÓ llamó a los bomberos <risa>. Y h:... y me dice.
19. P: no te VOy a dejar. no te voy a dejar ir porque ya tres veces que viniste.
20. P: jugANdo me dice si te morís acá adentro <jocoso> te SAco afuera y te dejo / <risa>
21. P: que te LLEven + pero. me dice NO. tenés faMilia como amIgo dice él. no te dejo IR.
22. P: me llamó a los bombero. me llevaron al centro <silabeando> asistencial + de upa. ahí en
23. P: longCHAmP
-

En el segundo acto del infarto, en que el dolor del ataque es representado nuevamente con la metáfora del impacto (ver líneas 8-9), encontramos profusos ejemplos del empleo de la técnica de la escenificación. La reconstrucción de las circunstancias previas a la crisis (líneas 2 a 4) es realizada por Simón mediante la escenificación del diálogo con su mujer (*le digo a mi señora no te enojás si no trabajo... le digo después vemos cómo pagamos el almacén. le digo...*). A partir de la línea 5 inicia la reconstrucción del comienzo del ataque, que localiza temporalmente de manera algo imprecisa (línea 6) y que se da bajo la forma de impactos reiterados en el pecho, eventos que presenta con la técnica episódica. Más adelante, en la línea 11, comienza el relato del punto culmen del infarto: luego de la localización temporo-espacial y de precisar las circunstancias, el evento crítico se relata combinando la representación escénica de las voces del amigo y la narración episódica con el pretérito indefinido y la secuenciación de acciones (líneas 15, *me los llamó*, 17, 22 y 23), trabajo reconstructivo en el que el médico colabora abiertamente, completando el relato (ver líneas 16-17). Las escenificaciones son especialmente relevantes en esta reconstrucción; el discurso del amigo es revivificado de manera extensa, incluyendo la reproducción de la modalidad de habla (ver línea 20: *jugando me dice...*), incluso remedando la prosodia particular. Además, la técnica se revela especialmente en el uso del presente escénico (*me dijo no te dejo ir*) y la presentación minuciosa de los sucesos. La escenificación permite representar lo pasado con vivacidad y dramatismo. En estos fragmentos, en

resumen, puede observarse que, para reconstruir el momento del infarto, el narrador combina la narración episódica con la escenificación. Es de subrayar que la co-ocurrencia de estas dos técnicas es recurrente en el corpus de entrevistas, técnicas a las que se apela para reconstruir momentos cruciales de las crisis; probablemente esto esté motivado en la intensidad de la experiencia vivida y en su consecuente perduración en la memoria, una interpretación que se propone en otros estudios sobre narrativas coloquiales (Gülich 2007).

4.2 *Intensificación y atenuación*

En los fragmentos analizados hasta aquí se han podido observar dos movimientos contrapuestos en la modulación del discurso del paciente: por un lado, la tendencia a atenuar las descripciones del dolor; por el otro, la intensificación de los dolores o síntomas sufridos. Se trata de informaciones muy relevantes para precisar el diagnóstico y el tratamiento; de allí que los médicos formulen demandas explícitas de descripción e, incluso, propuestas de caracterización del dolor para que los afectados escojan las alternativas que coincidan con sus experiencias. Muy probablemente esto se debe al grado de conocimiento especializado disponible en cardiología, en lo que se refiere particularmente a la sintomatología, lo cual se expresa en un repertorio terminológico propio e incluso en una metáfora convencional que se ha extendido parcialmente al discurso de los pacientes (Brünner/Gülich; Ciapuscio 2017). Sin embargo, la vivencia de la enfermedad es individual y absolutamente subjetiva, por lo que las descripciones del dolor de los pacientes se expresan mediante un trabajo esforzado de reconstrucción de sus características (localización, calidad, carácter y grado) y de su intensidad, lo cual se muestra en la siguiente entrevista:

(5)

-
1. M: [quiere conTARme entONces [CÓm / como: empezÓ. tODO ESTo' [qué fue lo que usted empezó a
 2. M: SEnti:r. y demás'
 3. P: BUeno. yO me despertÉ a las CINco de la MAñana porque me agarró a la mañ /
 4. P: tabA durMIEndo. eh: me levantÉ al baño a orinar lo mas BIEN. cuando sAlgo del baño. empecé a

5. P: sudar.. y: buEno. cUando a mi me baja de golpe la presión me / me hace ASÍ = e. empiezo a sudar
6. M: Esto ya le había pasado digamos, USTed SINTió
7. P: FRIO y me acUEsto enseguida y levanto los pIEs.
8. M: que era Algo. más de lo que YA le hABía pasado
9. P: pensé / PEnse que era una /. un pico de presiÓN que me bajó de
10. M: mhm
11. P: golpe digamo y bueno. cuando me acUEsto. se desPIErtó mi marido y me dice. [QUÉ
12. P: te pasa'. le digo nO sé me bajó la PREsión. toncE. también me pone unas almOhadas en los pIES
13. P: pAra levantARmeLOs. y. y: / pero siEMpre me pasAba enseGUIDa.. y yA ahÍ era como que NO.
14. P: como que ya me daba vuElta to:do. Y empecé con el doLOR FUErte en el brAZo. que me parecía
15. P: que m / me iban a reventAr el brAZo. y despué el PEcho. y yA. fue Eso ya el doLOR y dolor
16. M: [CÓmo usted me describiría las características de ese doLOR'. [qué TIpo de
17. P: y DOLor y dOLor
18. M: dolor era'
19. P: BUeno. eh el / el del pEcho no sé si deIrte si era dolor. si Era como una quemazÓN.
20. M: mhm
21. P: si era. Algo como que me pulsAba. lo del brAZo es como cuando te toman la presiÓN. que te
22. P: van apreTANdo y: parece que te. te DUEle MAI' bUEno. el del brazo era así. pero el del pecho
23. M: BIEN. pEro ustEd SÍ notaba que las
24. P: no. nO TEngo fORMa de expliCARlo como Era porque no..
25. M: caracteRÍSticas. de los DOS dolOres. tanto el del PEcho como el del BRAzo [Eran dIsTINtas.
26. M: entre SI' ERAn dIstintas sin embargO. los dos estaban JUntos. mhm..
27. P: sí. Eran distIntas sí. sí Sí.

28. M: BIEn. eh:m el dolOr en el PEcho ehm:. además de.
29. P: y era insoportable soporTARLo encima. el dolor.
30. M: compartir ubicaciOnes con el brAzo. [se irradiAba hacia alGÚN lugAr'. por ejemplo. el cuEllo.
31. M: por ejemplo. la manDÍbula. nO. [en qué brAzo
32. P: nO. yo lo sEntí nAda más que en el brAzo y en el:
33. M: pErdÓN' bien. brAzo. IzquiERdo.
34. P: en eStE. sí en el izquiERdo porque me / encima me había DIcho el
35. M: BIEn
36. P: doctor. levantá sostené el brazo y no /. no lo podía sostener. no me quedAba = arriba. se me
37. M: hm. mhm. [Algún Otro
38. P: caÍA. era tOdo como si.. El mismo dolor me = m. no tenía fuERza, digAmos.
39. M: SINtoma acompaÑÓ a ese dolor'. por ejemplo. eh:. sudoraciÓN. NAUseas. ganas de vomitAr:
40. P: NOno,
41. M: no
42. P: ERA el dolor contiNÚO que no no. es decir no n: / no en ese momEnto no presTÉ atenciÓN si
43. M: DEspertÓ de Ahí..
44. P: era otra cosa pEro Si, hubo un momento quE me faltÓ el Aire. incluso m / le
45. P: pregUnté hOy a mI HIja sí en algún momento mE desmaYÉ. y me dijo que: / que fue lEve pEro. sí:
46. M: mhm mhm [qué fue lo que HIzo. cuando empezó a sentir este tÍpo de
47. P: era como que estaba así: = ehm. Ida
48. M: molestia'. biEn.
49. P: vine del baÑo y me acostÉ. y cuando ya le / m / sentí ese dolor tAN fEo. ahÍ fue
50. P: le dije a mi HIja no vamo al médico. y mi hija no me esperó. tarDAmos decí en el trayEcto por el

51. P: hecho de que no teníamos reMIs y Eso porque.. en ese lugar no / no hay colectivos, no hay nADa

52. M: aJÁ.

En la línea 1 puede observarse la demanda del médico para que la paciente reconstruya el suceso crítico. A partir de la línea 3, Nadia, como es habitual, comienza con la referencia al horario y a las circunstancias, adoptando la técnica episódica como dominante, pero también intercala en sus contribuciones reconstrucciones escénicas para relatar lo sucedido (ver líneas 11-12), en las que se incluyen, además, sus interpretaciones. Dado que en un primer momento había asociado sus síntomas a una baja abrupta de la presión arterial, algo que le sucedía habitualmente, reacciona como lo hacía en esas ocasiones, pero sin éxito (*y ya abí era como que no, como que ya me daba vuelta todo*, líneas 13-14). Desde ese momento en adelante, los interlocutores se abocan a la tarea de descripción de los dolores experimentados por la paciente, tarea en la que se revelan con claridad sus diferentes perspectivas sobre el asunto (ver Deppermann). En tanto que la paciente ensaya descripciones aproximadas de sus sensaciones en términos de intensidad y afectación emocional, e incluso manifiesta su enorme dificultad para explicar su vivencia (línea 24), las preguntas del médico se dirigen a la tipificación del dolor (línea 16), a la localización precisa (líneas 30-31) y a la eventual co-presencia de otros síntomas específicos (líneas 37-39). La co-construcción del relato desde las perspectivas diferenciales permite alcanzar los objetivos particulares de los interactuantes. Desde el punto de vista de la paciente, las preguntas e intervenciones puntuales del médico le ayudan a evocar y traer al presente con mayor nitidez los sucesos pasados; las descripciones sensoriales de Nadia permiten guiar el proceso de establecimiento del diagnóstico.

Me detendré en las contribuciones de Nadia para profundizar en los recursos empleados, que son recurrentes en la totalidad de las entrevistas analizadas. Luego de sufrir sudoración notable (líneas 4-7), la paciente experimenta primero dolor en el brazo y enseguida también en el pecho. En la línea 14 comienza a relatar el dolor de brazo poniendo el foco en su intensidad (*y empecé con el dolor fuerte en el brazo. que me parecía que m / me iban a reventar el brazo*). Los recursos mediante los que se expresa la intensificación son la adjetivación gradual y la expresión hiperbólica que transmite el grado máximo de dolor. Inmediatamente presenta el dolor de pecho (línea 14) también enfatizando su carácter extremo, lo cual expresa mediante las reiteraciones léxicas,

en líneas 15 y 17: *y ya fue eso ya el dolor y dolor y dolor y dolor* (ver Suñer/Roca). En la línea 16, la pregunta del médico reorienta la reconstrucción de la paciente hacia la caracterización de su dolor. Desde el inicio, Nadia explicita la dificultad de la tarea que se le demanda. En la línea 19, inicia su enunciado con la predicación epistémica dubitativa (*no sé si decirte si*), a la que siguen dos intentos de descripción. En primer lugar, en esa línea encontramos el marcador *como* seguido de un sintagma nominal cuyo núcleo es una expresión metafórica (*si era como una quemazón*) que realiza la metáfora convencional EL DOLOR ES FUEGO (Lascaratou; Kövecses). Este tipo de construcción, *como* + sintagma nominal, compuesto por un artículo indeterminado, seguido de un nombre metafórico, ocurre con asiduidad en el contexto de procedimientos de formulación dirigidos a la descripción del síntoma o del dolor cardíaco (otros casos relevados en el corpus son: *como un fuego, como un calor, como una burbuja, como una ducha, como un impacto, como un abogo*). En todas las ocasiones, con ese tipo de estructura el hablante expresa la no literalidad del significado de las expresiones que emplea. Simultáneamente, junto con la marcación de la atenuación en la descripción cualitativa del dolor, co-ocurre la intensificación del mismo respecto de su cuantificación, que se expresa en la selección de nombres con sentido metafórico que transmiten ese significado extremo (*fuego, ducha, impacto*).

En segundo lugar, en la línea 21 la hablante prosigue su trabajo formulativo, reiterando la estructura encabezada por *si* (dependiente de la predicación principal *no sé si decirte*), a la que sigue una construcción cuyo núcleo es un pronombre indefinido neutro que se especifica mediante la estructura introducida por el marcador *como que* (*algo como que me pulsaba*), que expresa cierta distancia epistémica del hablante, que cierra parcialmente su descripción mediante una analogía con una situación evocada, que introduce con la expresión *es como cuando* (en la línea 21): *lo del brazo es como cuando te toman la presión. que te van apretando y parece que te. te duele mal*. Es de notar que ese escenario evocado (Brünner/Gülich) se presenta como compartido mediante el empleo del pronombre de segunda persona (*te toman la presión, te van apretando*). En el enunciado, además, se establece la analogía en relación con la intensidad de ambos eventos: *parece que te. te duele mal* (el adverbio “mal” en contextos como el anterior tiene el sentido del cuantificador “mucho” o “muchísimo” en el español de la Argentina).

A continuación, Nadia intenta proseguir con la descripción del dolor del pecho. Primero, manifiesta su gran dificultad para describirlo (*no tengo forma*

de explicarlo cómo era por que no, línea 23), algo muy habitual en las narrativas de pacientes (Gülich/Furchner; Ciapuscio 2017); el médico manifiesta comprensión hacia esa dificultad (*bien*, línea 28) y luego, propone una alternativa para colaborar con la descripción, aportando la presuposición de que si bien no le es posible caracterizar ese dolor sí puede distinguir entre ambos dolores y que estos se dan en forma simultánea (líneas 23-26), lo cual es ratificado por la paciente y confirmado por el médico (líneas 27 y 28). En la línea 29, Nadia orienta nuevamente la descripción hacia la intensidad extrema de su padecimiento con una repetición léxica parcial de un adjetivo y un verbo seguidos del adverbio *encima*, que coopera con el significado de intensificación superlativa (*y era insoportable soportarlo encima el dolor*). El médico asiente y prosigue con su indagatoria de orientación técnica, intentando recabar información sobre la posible irradiación del dolor y ofrece distintas alternativas de localización (líneas 30-31), que la paciente niega (línea 32). A continuación, responde la inquietud del médico sobre en qué brazo recaía el dolor con una deixis *ad oculos* (*en este*, línea 34) y continúa con su reconstrucción, nuevamente orientada a transmitir el carácter extremo de la dolencia. En la línea 35 con una mínima escenificación de una conversación previa con otro especialista (*porque me / encima me había dicho el doctor; levantá, sostené el brazo*) introduce otra formulación que verbaliza la imposibilidad de manejar su propio brazo a causa del dolor (líneas 36-38), conformada por predicaciones compuestas por distinto material expresivo, pero que denotan un significado común: *no lo podía sostener; no me quedaba arriba. se me caía*. En este caso, la repetición del significado proposicional incorporado en las distintas alternativas de formulación es el recurso que transmite el sentido de intensificación. A continuación, la paciente intenta resumir esa enumeración (línea 38) iniciando distintas formulaciones que no completa (*era todo como si... el mismo dolor me = m.m.*) para finalizar con una reformulación que condensa todo lo anterior y que se cierra con un comentario metadiscursivo: *no tenía fuerza, digamos*. La siguiente pregunta del médico sobre la presencia de otros síntomas (líneas 37-39) da lugar a una expansión de la descripción del dolor y de los síntomas. En la línea 44 Nadia recuerda la falta de aire y una especie de desmayo leve, que puede reconstruir con el recuerdo de su hija. Para describir ese desvanecimiento produce un enunciado atenuado, con distanciamiento, que se expresa con una formulación encabezada por el verbo *ser* y el marcador *como que* (*era como que estaba así ehm ida*, línea 47). Luego de asentir de manera reiterada, el médico pregunta por las acciones seguidas luego de ese malestar: la narradora retorna al punto inicial de la

reconstrucción del suceso, el regreso del baño y el acostarse, acciones que se representan esta segunda vez de manera mucho más comprimida (*vine del baño y me acosté*, línea 49). La “resolución” del problema es presentada de manera sintética (*y cuando ya le / m / sentí ese dolor tan feo. le dije a mi hija no(s) vamos(s) al médico...*, líneas 49-50).

En síntesis, en esta entrevista puede observarse el trabajo de formulación colaborativo y progresivo de los interlocutores, en el que se manifiestan con claridad las diferentes perspectivas sobre el dolor de los interlocutores y los procedimientos y recursos que emplea la afectada para intentar transmitir el dolor. Al interrogar sobre el tipo de dolor, naturalmente los médicos siguen las clasificaciones técnicas de las grillas (si es localizado o si se irradia, si se da en forma de puntadas o si es continuo) que orientan el diagnóstico; los pacientes, en cambio, se concentran en el impacto físico y emocional que sufren.

En cuanto a los procedimientos de atenuación, son centrales en la descripción de las cualidades del dolor y del padecimiento, vivencias que están sometidas a la dificultad o imposibilidad de la descripción (Gülich/Furchner; Surmann). En el corpus, además del recurso a las metáforas y a los restantes procedimientos de ilustración (Brünner/Gülich), son muy relevantes los marcadores aproximadores y atenuadores del *dictum* o del *modus*, cuando se trata de predicaciones; especialmente frecuentes son las formas *como* y *como que* (ver Ferrari).

En cuanto a la intensidad del dolor, las perspectivas del médico y del paciente también se diferencian nítidamente. Cuando se interesan por este aspecto, los médicos se valen de la conocida escala de evaluación de la calidad del dolor (PQAS), que ofrece alternativas numéricas (del 1 al 10) para cuantificar el síntoma. En el siguiente fragmento puede observarse un ejemplo ilustrativo:

(6)

-
1. M: si le tiene que poner un número del uno al diez. diez es el máximo
 2. P: y tenía s::
3. M: valor que ha tenido en su vida un siete tenía. aHÍ.. un siete cuando consultó' o un siete
 4. P: SIÉte SÍ no
5. M: después que le pusieron la medicación'
 6. P: no. cuando / de entrada cuando lo TUve tuve un DIEZ
-

En las contribuciones de los pacientes, por el contrario, se puede constatar que emplean una gama variada de recursos morfológicos, léxicos, sintácticos y discursivos para cuantificar u ofrecer gradaciones de la intensidad de los dolores experimentados. A continuación, se ilustra una síntesis de los recursos de intensificación, con ejemplos, identificados en el corpus del corazón.

RECURSOS	EJEMPLOS
Números cardinales	escala de 1 a 10 (ver ejemplo 6)
Repeticiones Léxicas y discursivas	<i>dolor, dolor; es feo, feo;</i> <i>nada, nada; nunca, nunca; muy, muy, muy</i>
Comparativos	<i>peor</i>
Cuantificadores	<i>Tan/un</i> <i>poco/poquito/bastante/mal/mucho/muy/nada/nunca</i>
Elativos morfológicos	<i>re-duele, muchísimo, fuertísimo</i>
Elativos léxicos: Adjetivos Adverbios Nombres Verbos	<i>Terrible, tremendo, fuerte, insoportable, intenso, /gran/grande</i> <i>encima, más, mal</i> <i>julepe, terror</i> <i>soportar, tolerar, reventar/invalidar</i>
Locuciones superlativas	<i>Llorar/desmayarse/retorcerse de dolor</i>
Sintaxis estructuras consecutivas (con hipérbole); estructuras comparativas	<i>(tan fuerte) que iba a reventar el brazo</i> <i>Es tal el dolor que...</i> <i>Caminaba y parecía que iba arrastrando un carro</i> <i>Como que me agarraban con una mano un pedazo de carne acá dentro</i>

Tabla 1. Recursos de intensificación identificados en el corpus del corazón.

5. CONCLUSIONES

Las entrevistas de ingreso al hospital, una vez superada la crisis cardíaca, constituyen un trabajo discursivo que llevan a cabo cardiólogos y pacientes en colaboración; se trata de una tarea conversacional compleja en la que convergen distintas perspectivas y experticias sobre la enfermedad: la especializada y la vivencial. Dado que tienen lugar muy pocos días después de haber superado la crisis, los pacientes pueden rememorar con precisión las alternativas que rodearon el evento central, detalles de las circunstancias y de los hechos vividos, así como de las acciones comunicativas que tuvieron lugar. En las entrevistas los pacientes disponen de un amplio espacio para reconstruir los eventos crí-

ticos con el apoyo de los médicos, cuyas intervenciones breves se dirigen a orientar los temas y a solicitar detalles, a apuntalar las narraciones y brindar señales de asentimiento y comprensión.

Los resultados del análisis ejemplar presentado en la sección 4. permiten responder los interrogantes iniciales del trabajo, referidos al corpus estudiado. En primer lugar, ha quedado manifiesto que los pacientes disponen y hacen uso de distintas técnicas reconstructivas, que pueden identificarse a partir de indicios lingüísticos. Para reconstruir el evento central del infarto, acuden a la narración episódica. Con esta técnica, la crisis se contextualiza con coordenadas espacio-temporales y de actividad, es decir, se enmarca referencialmente con nitidez y se distingue así de otros sucesos o hechos acaecidos. El infarto o el ataque se percibe en todos los casos como un hecho repentino, que causa un dolor agudo, diferenciado en su modalidad y localización según cada paciente. La reconstrucción del evento en sí mismo suele verbalizarse mediante los tiempos perfectos del pasado o con el presente histórico. A menudo, la técnica de la narración episódica se combina con escenificaciones para narrar la crisis: de este modo, la reconstrucción trae al presente de manera vívida los sucesos en la voz de los protagonistas (tanto de los pacientes como de las personas presentes en aquel momento). En estos casos, son las acciones comunicativas las que se traen al presente, incluso en sus modalidades estilísticas y prosódicas, por lo cual destacan los procedimientos del discurso directo y los verbos de reporte de habla que lo introducen. Los pacientes, asimismo, suelen escenificar sus pensamientos y emociones con los mecanismos y recursos del monólogo interior. Finalmente, se ha identificado el uso de la técnica narrativa iterativa, señalizada por el pretérito imperfecto en las formas verbales y por distintos recursos adverbiales que señalan el carácter repetido de los eventos; esta técnica se vuelve predominante cuando la tarea de reconstrucción se dirige a describir la sintomatología y los hechos y acciones previos a la crisis cardíaca. En síntesis, las técnicas narrativas, reconocidas a partir de recursos lingüístico-estructurales específicos, se emplean diferencialmente, según el tipo de evento y su funcionalidad en el discurso.

En segundo lugar, se ha mostrado la relevancia temática que tiene la descripción del síntoma o dolor sufrido en la tarea de reconstrucción de la crisis; se trata de una información que demandan los médicos con el propósito de precisar el diagnóstico y obtener mayor conocimiento de la enfermedad. En el corpus he constatado en las contribuciones de los interactuantes que las perspectivas de los cardiólogos y los pacientes se oponen radical-

mente, tal como ha sido observado por investigaciones previas (Deppermann). Mientras que los médicos se orientan en su experticia y en las taxonomías del dolor que tienen por finalidad la tipificación, los pacientes tienen que relatar su singular vivencia del dolor, un tipo de experiencia de antemano difícil de describir, dificultad que suele ser verbalizada por los pacientes mediante formulaciones estandarizadas. Para ello realizan –ayudados por los especialistas– un esmerado trabajo de formulación, en el que, por un lado, destacan los procedimientos de reformulación y calificación y, por el otro, los procedimientos de ilustración (tanto metáforas y analogías como escenarios). La descripción de las características del síntoma y del dolor es especialmente compleja: de ahí que sean asiduos los recursos de mitigación. Por un lado, se observa una frecuencia notable de aproximantes (Mihatsch) que morigeran el contenido proposicional (*como cansado, ya medio como con dolor de pecho*); por el otro, también son asiduos los atenuadores de la fuerza modal, marcados fundamentalmente por *como que*. Por otra parte, la expresión de la intensidad del dolor es un aspecto muy presente en las contribuciones de los pacientes, quienes hacen uso de las muy diversas posibilidades que ofrece la lengua para expresar los significados de cuantificación o gradación (Albelda/Mihatsch). La modulación de la intensidad de los enunciados es un aspecto central en la co-construcción de la narración, puesto que coadyuva a la expresión del dramatismo de la crisis, por un lado, y por el otro, a la dificultad de dar cuenta de manera precisa de lo experimentado. Finalmente resulta claro que el uso de atenuadores (de distinto tipo) e intensificadores, además de incidir en los aspectos semánticos y semántico-pragmáticos de los enunciados, colabora con la conformación de la imagen de los narradores, ya sea para protegerla o para afirmarla, para generar solidaridad o empatía, lo cual ha sido estudiado por distintos autores en el caso de la conversación coloquial (entre otros, Briz; Douglas/Soler Bonafont/Vuoto; Lavric), pero también en géneros discursivos orales en que interactúan expertos con no especialistas (Figueras).

En resumen, el trabajo ofrece un cuadro preliminar sobre las técnicas narrativas principales que los pacientes, con la colaboración de los médicos, emplean en las consultas para reconstruir sus crisis cardíacas y sobre los procedimientos y recursos lingüísticos que usan regularmente para describir sus síntomas. Es de presumir que el tipo de evento sufrido, crisis o infarto en este caso, condiciona las formas de reconstruirlo: al tratarse de un evento único y agudo, el recurso más apropiado para relatarlo es la técnica episódica, que sue-

le combinarse con la escenificación. En las narrativas de otros tipos de enfermedades, como la migraña o la epilepsia, enfermedades crónicas que se caracterizan por el carácter repetido de los ataques, la técnica iterativa podría mostrar mayor relevancia, como se ha visto en investigaciones previas en otras lenguas (Gülich/Schöndienst), algo que queda pendiente para constatar en futuros trabajos sobre narrativas de enfermedad en español.

Convenciones de transcripción

'	Curva de entonación ascendente
[Inicio del segmento ascendente
,	Curva de entonación descendente
MAYÚSCULAS	Énfasis
:	Alargamiento de un sonido / una sílaba
/	Interrupción perceptible, corrección
=	Unión perceptible
.*	Emisiones superpuestas
&	Encabalgamiento rápido de intervenciones
.	Pausa: muy corta, corta, más extensa
(?palabra)	Transcripción insegura
<Comentario> +	El comentario es válido para el segmento hasta el signo +

Las transcripciones se orientan en las convenciones elaboradas en el grupo de Análisis de la Conversación de Bielefeld. Siguen la ortografía tradicional y tratan de representar de la manera más fielmente posible la oralidad. Como los instrumentos en una partitura musical, en la transcripción cada hablante tiene una línea propia. Si dos o más voces se superponen, las partes superpuestas se colocan, en la medida de lo posible, exactamente debajo de las palabras solapadas:

1. P: la canlla de:: de afuera del jardín. y meto la cabEza abajo de la caNilla. como para tomar
2. M: [y el dolor cómo era' era /

OBRAS CITADAS

Albelda Marco, Marta. *La intensificación como categoría pragmática: revisión y propuesta*. Fráncfort: Peter Lang, 2007.

- Albelda Marco, Marta, y Wiltrud Mihatsch. “Introducción”. *Atenuación e intensificación en géneros discursivos*. Eds. Marta Albelda Marco y Wiltrud Mihatsch. Madrid/Fráncfort: Iberoamericana/Vervuert, 2017. 9-20.
- Bañón Hernández, Antonio. “Los modelos de interacción entre médico y paciente. Descripción y aplicación al contexto de las enfermedades poco frecuentes”. *Oralia* 20 (2017): 13-43.
- Bergmann, Jörg, y Thomas Luckmann. “Reconstructive Genres of Everyday Communication”. *Aspects of Oral Communication*. Ed. Uta Quasthoff. Berlin: de Gruyter, 1995. 289-305.
- Briz Gómez, Antonio. “Para un análisis semántico, pragmático y sociopragmático de la cortesía atenuadora en España y América”. *LEA* 19 (2007): 1-38.
- Brünner, Gisela, y Elisabeth Gülich. “Verfahren der Veranschaulichung in der Experten-Laien-Kommunikation”. *Krankheit verstehen. Interdisziplinäre Beiträge zur Sprache in Krankheitsdarstellungen*. Eds. Gisela Brünner y Elisabeth Gülich. Bielefeld: Aisthesis Verlag, 2002. 17-93.
- Ciapuscio, Guiomar. “Formulation and reformulation procedures in verbal interactions between experts and (semi-) laypersons”. *Discourse Studies* 5.2 (2003): 207-33.
- Ciapuscio, Guiomar. “Acciones de calificación en conferencias de divulgación científica”. *Revista Internacional de Lingüística Iberoamericana (RILI)* V, 1.9 (2007): 59-77.
- Ciapuscio, Guiomar. “«Es como que se me forma una burbuja acá»: Procedimientos metafóricos en la interacción cardiólogo-paciente”. *Oralia* 20 (2017): 69-94.
- Deppermann, Arnulf. “Wenn Semantik zum praktischen Problem wird: divergierende Schmerzkonzepte von Ärztin und Patientin in der psychosomatischen Exploration”. *Psychotherapie und Sozialwissenschaft* 5.3 (2003): 165-81.
- Douglas, Silvina, M^a Amparo Soler Bonafont y Joaquín Vuoto. “La atenuación en conversaciones coloquiales argentinas y españolas: Un estudio contrastivo”. *RILCE. Revista de Filología Hispánica* 34.3 (2018): 1281-312.
- Ferrari, Laura. “La dificultad de verbalizar el dolor cardíaco: algunas marcas léxicas”. *“El corazón es centro”. Narraciones, representaciones y metáforas del corazón en el mundo hispánico*. Eds. Antonella Cancellier, Alessia Cassani y Elena Dal Maso. Padova: Editorial Cleup, 2018. 257-73.
- Figueras, Carolina. “Atenuación y construcción de la identidad de experto en trastornos de la conducta alimentaria”. *Atenuación e intensificación en gé-*

- neros discursivos*. Eds. Marta Albelda Marco y Wiltrud Mihatsch. Madrid/Fránkfort: Iberoamericana/Vervuert, 2017. 169-86.
- Gülich, Elisabeth. "Conversational techniques used in transferring knowledge between medical experts and non-experts". *Discourse Studies* 5.2 (2003): 235-63.
- Gülich, Elisabeth. "Mündliches Erzählen: narrative und szenische Rekonstruktion". *Behutsames Lesen. Alttestamentliche Exegese im interdisziplinären Methodendiskurs*. Eds. Sylke Lubs, Louis Jonker, Andreas Ruwe y Uwe Weise. Leipzig: Evangelische Verlagsanstalt, 2007. 35-62.
- Gülich, Elisabeth, y Thomas Kotschi. "Discourse production in oral communication". *Aspects of Oral Communication*. Ed. Uta Quasthoff. Berlin: de Gruyter, 1995. 30-66.
- Gülich, Elisabeth, y Martin Schöndienst. "Das ist unheimlich schwer zu beschreiben. «Formulierungsmuster in Krankheitsbeschreibungen anfallskranker Patienten: differential diagnostische und therapeutische Aspekte»". *Psychotherapie und Sozialwissenschaft* 1 (1999): 199-227.
- Gülich, Elisabeth, e Ingrid Furchner. "Die Beschreibung von Unbeschreibbarem. Eine konversationsanalytische Annäherung an Gespräche mit Anfallskranken". *Soziale Welten und kommunikative Stile*. Ed. Inkem Keim. Tübingen: Narr, 2002. 161-86.
- Gülich, Elisabeth, Martin Schöndienst y Volker Surmann. "Schmerzen erzählen Geschichten-Geschichten erzählen Schmerzen". *Psychotherapie und Sozialwissenschaft* 5.3 (2003): 220-49.
- Gülich, Elisabeth, Stefan Pfänder, Carl Eduard Scheidt y Elke Schumann. *Mündliches Erzählen*. Berlin/Boston: De Gruyter, 2020.
- Kornfeld, Laura. "Atenuadores en la lengua coloquial argentina". *Lingüística* 29.2 (2013): 17-49.
- Kövecses, Zoltán. *Metaphor and Emotion. Language, Culture, and Body in Human Feeling*. Cambridge: Cambridge University Press, 2000.
- Lamíquíiz, Vidal. *La cuantificación lingüística y los cuantificadores*. Madrid: UNED, 1991.
- Lascaratou, Chryssoula. *The language of pain*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins, 2007.
- Lavric, Eva. "¡Ay, Señor / qué juventud esta! Atenuar e intensificar con determinantes (en un corpus escrito y otro conversacional)". *Revista Internacional de Lingüística Iberoamericana (RILI)* 14.1 (27) (2016): 33-54.
- Mihatsch, Wiltrud. "Sincronía y diacronía del aproximador como". *Revista internacional de lingüística iberoamericana (RILI)* 8.2 (16) (2010): 75-201.

- Mihatsch, Wiltrud, y Marta Albelda Marco. “Introducción. La atenuación y la intensificación desde una perspectiva semántico-pragmática”. *Revista Internacional de Lingüística Iberoamericana (RILI)* 14.1 (27) (2016): 7-18.
- Quintana, Aldina, y Rolf Kailuweit. “Intensificadores de un lenguaje de duelo: el Espacio de palabras de Atocha (2004-2005) del 11-M”. *Atenuación e intensificación en géneros discursivos*. Eds. Marta Albelda Marco y Wiltrud Mihatsch. Madrid/Fránfort: Iberoamericana/Vervuert, 2017. 221-45.
- Schneider, Stefan. “Las dimensiones de la intensificación y de la atenuación”. *Atenuación e intensificación en géneros discursivos*. Eds. Marta Albelda Marco y Wiltrud Mihatsch. Madrid/Fránfort: Iberoamericana/Vervuert, 2017. 23-42.
- Suñer Gratacós, Avel·lina, y Francesc Roca. “Reduplicación y tipos de cuantificación en español”. *Estudi general: Revista de la Facultat de Lletres de la Universitat de Girona* 17-18 (1997-1998): 37-67.
- Surmann, Volker. *Anfallsbilder. Metaphorische Konzepte im Sprechen anfallskranker Menschen*. Würzburg: Königshausen & Newumann GmbH, 2005.
- Villalba Ibáñez, Cristina. “Atenuación en el discurso de los participantes no profesionales de los juicios orales. ¿Un caso de lenguaje débil?” *Revista Signos* 53/104 (2020): 842-62.