

LA ESTRUCTURA NARRATIVA EN LA CONSULTA MÉDICA¹ UNA CONTRIBUCIÓN A LA DINÁMICA DE LOS SENTIMIENTOS NARRADOS EN LOS TEXTOS FACTUALES

Narrative Constitution in the Medical Consultation

A Contribution to the Dynamics of Narrated Feelings in Factual Texts

- Koval, Martín I. (martinignaciokoval@gmail.com)

Instituto de Estudios Iniciales, Universidad Nacional Arturo Jauretche (IEI, UNAJ)

RESUMEN

Este trabajo pretende realizar una contribución al estudio de la estructura narrativa de los relatos factuales y, con ese objetivo, se centra en una subclase particular de carácter oral e interaccional: el relato de padecimiento. Para ello, a partir del análisis de un corpus producido en un hospital público del sur del conurbano bonaerense (Argentina), se propuso: 1. Una breve revisión histórico-crítica de los principales aportes a la reflexión sobre la dicotomía historia/discurso y el intento fallido de deconstruirla; 2. La postulación hipotética de un funcionamiento diferente de estos dos niveles estructurales en narrativas autodiegéticas factuales y ficcionales, y el señalamiento del papel central de las emociones al respecto, en un sentido teórico-metodológico. 3. Un modelo parcial, ideado para el análisis de consultas médicas, que justifica la diferenciación de dos niveles en el lado representado (el qué) y que pretende dar cuenta de la función de los sentimientos narrados en la lógica de la co-narración que tiene lugar en la consulta médica. En este Informe únicamente se desarrollará el último punto de los tres enumerados.

ABSTRACT

This work aims to make a contribution to the study of the narrative constitution of factual narratives, and, therefore, it focused on a particular subclass of an oral and interactional character: the illness narrative. To this end, on the basis of the analysis of a corpus produced in a public hospital in the southern Buenos Aires metropolitan area (Argentina), it proposes:

¹ Este Informe Técnico toma en consideración únicamente una de las líneas de investigación al interior del Proyecto UNAJ Investiga 2020 que se informa en el Anexo I. En concreto, lo basamos en un estudio que se desprende de los trabajos realizados por Martín Koval y Lucas Meddis en el Hospital El Cruce "Néstor Kirchner" de Florencio Varela. Lo presentamos aquí como ejemplo del tipo de investigaciones que hemos llevado adelante los integrantes del equipo.

1. A brief historical-critical review of the main contributions to the reflection on the story/discourse dichotomy and the failed attempt to deconstruct it; 2. The hypothetical postulation of a different functioning of these two structural levels in factual and fictional autodiegetic narratives, and the pointing out of the central role of emotions in this respect, in a theoretical-methodological sense. 3. A partial model, devised for the analysis of medical consultations, which justifies the differentiation of two levels on the represented side (the what) and which seeks to account for the function of narrated feelings in the logic of co-narration that takes place in the doctor's surgery. Only the last of the three points listed above will be developed in this report.

PALABRAS CLAVES: relatos de padecimiento – estructura narrativa – sentimientos narrados

KEYWORDS: illness narratives – narrative constitution – narrated feelings

INTRODUCCIÓN

La distinción historia/discurso no solo es “la leche materna de la narratología” (Phelan, 2011, p. 58) sino que también resulta inherente, en cuanto su consecuencia necesaria, a una definición de la narración como la que propuso el ya célebre Gérard Genette: “la representación [= discurso] de un acontecimiento o de una serie de acontecimientos [= historia], reales o ficticios, por medio del lenguaje” (1970 [1966], p. 193). En líneas generales, estos dos niveles fundamentales de la constitución narrativa han sido concebidos históricamente sin prestar demasiada atención al tipo de vínculo con el mundo real, por mucho que Genette use el término “reales”. La razón de este desdeño es evidente: casi ninguno de los modelos creados desde los formalistas rusos en adelante fueron ideados para analizar textos factuales, en los que la fidelidad respecto del mundo real es, por principio, determinante.

Entre los *desiderata* de la teoría de la narración se halla el estudio de la aplicabilidad de dichos modelos en ámbitos no ficcionales. Más allá de los avances que se han hecho a este respecto² no se ha emprendido aún la tarea de indagar la estructura de los relatos en la diversidad de los ámbitos factuales (periodismo, ciencias, medicina, derecho, vida cotidiana, etc.) y los géneros narrativos. Nuestro trabajo, escrito bajo el convencimiento de que “[a]ún no apreciamos tanto como deberíamos la importancia de los esquemas y modelos narrativos en todos los aspectos de nuestras vidas” (Culler, 2007 [1981], p. 130; nuestro subrayado), apuntó

² Cf., entre otros, para el caso de la historiografía, Stierle, 1973 [1971] y White, 1992 [1973].

hacia el cumplimiento de esa meta ambiciosa, pero se basó únicamente en el relato de padecimiento tal como se da en el contexto de la consulta médica.³

En nuestra contribución, en concreto, nos hemos hecho, entre otras que no reproducimos aquí, las siguientes preguntas: ¿Cómo se podría describir la dinámica de la relación entre historia y discurso en la co-narración que tiene lugar en la consulta médica? ¿Son útiles los modelos narratológicos clásicos para ello? ¿Qué rol cumplen en aquella dinámica las emociones representadas? ¿Cuál es la importancia pragmática, al interior de los relatos de padecimiento, de reconstruir los hechos tal como sucedieron en realidad?

El conjunto casi inabarcable de los tipos de relatos no es, por supuesto, homogéneo, pero tampoco lo es el subconjunto mucho más restringido de los relatos factuales. En nuestra concepción pragmáticamente determinada de la estructura del relato, urge tener en cuenta la enorme variedad de géneros discursivos y regímenes de verdad. Lo que afirmamos en este Informe se cimenta en el supuesto de que es un error aplicar de manera indiscriminada y apriorística un mismo modelo estructural para el análisis de todos los relatos existentes. Al menos, creemos que al hacerlo se pierde la posibilidad de captar las particularidades de cada relato y de cada género específico, por lo que se invisibiliza un aspecto de su naturaleza constitutiva.

METODOLOGÍA

En primer lugar, se discuten algunos enfoques clásicos o relevantes sobre los niveles estructurales del relato. En particular, los de Tomashevski (1999 [1925, rev. 1928]) y Schmid (2010). Luego, se rastrearon textos en los que se buscó aplicar estos enfoques al campo de la medicina, como el caso de Köhle y Koerfer (2012). Asimismo, se dilucidó la distinción entre afecto, emoción y sentimiento, es decir, lo que se conoce como “AEF complex” (Shanahan 2007, 29 y ss.). La diferenciación entre afecto y sentimiento, es decir, entre “estados corporales preverbales” y “(meta)representaciones de estados emocionales” (Struth 2015, 126), respectivamente, resultó determinante para nuestro propósito de indagar en un conjunto de relatos de pacientes en el marco de la consulta médica.

El corpus a partir del cual se realizó la investigación está compuesto por ocho relatos de pacientes grabados en el Hospital El Cruce “Néstor Kirchner” de Florencio Varela, en la zona sur del Gran Buenos Aires. Se trata de un hospital de alta complejidad que cuenta con un área de “Cuidados Humanizados” dirigida por la Dra. Beatriz Carballeira. Las consultas, de entre

³ Con “padecimiento” traducimos *illness*, un término que refiere a la vivencia subjetiva de la enfermedad por parte del paciente y que ha sido contrapuesto al clínico-biológico de “enfermedad” (disease) en un ya famoso libro de Arthur Kleinman (1988).

40 y 50 minutos de duración cada una, fueron registradas durante el primer semestre de 2022 por Lucas Meddis, estudiante de Medicina de la Universidad Nacional Arturo Jauretche (UNAJ), en el marco de una beca BIEI bajo nuestra dirección. Tanto el protocolo para las grabaciones como para el uso de los datos recolectados recibieron el aval del Comité de Ética del Hospital y contaron con el consentimiento informado de los pacientes. Los nombres y algunos datos fueron alterados a fin de resguardar el anonimato de las personas involucradas.

Estos ocho relatos fueron transcritos, discutidos y posteriormente analizados desde el punto de vista de la relación entre los dos niveles estructurales básicos del relato (la historia y el discurso) y del modo en que se representan en ellos las emociones de los narradores en 1ª persona, es decir, los pacientes, que por definición son autodiegéticos por cuanto son los protagonistas de sus propias historias. Para las convenciones de transcripción la referencia en la que nos basamos ha sido Ciapusio (2022), quien a su vez se orienta por el grupo de Análisis de la Conversación de Bielefeld. En la medida en que nuestro interés está puesto en el nivel de la historia, con todo, se han utilizado muy pocas marcas.⁴ Aclaramos que en este Informe solo nos referimos a uno de estos ocho relatos.

Del cruce entre la discusión teórica sobre la estructura narrativa y el análisis empírico de los relatos de pacientes han surgido datos reveladores que, creemos, nos han permitido hacer un aporte a la comprensión de la dinámica médico-paciente, pero sobre todo a la del funcionamiento de la relación entre historia y discurso, que es central en la teoría de la narración. La combinación de perspectivas de diversos ámbitos del conocimiento redunda en la apertura y renovación del campo disciplinar del que provenimos.

RESULTADOS

A continuación por razones de espacio, nos referiremos únicamente a uno de los resultados alcanzados.

Hemos podido justificar la necesidad de concebir la existencia de dos subniveles del lado del qué (lo representado en el relato): historia y sustrato. La historia puede ser entendida como lo explícitamente representado el discurso y el *sustrato* como un nivel que incluye lo implícito y lo implicado lógicamente pero también relaciones causales potenciales entre acontecimientos no seleccionados por el paciente. El sustrato funciona, así, como un

⁴ MAYÚSCULAS = énfasis.

: = alargamiento de un sonido o una sílaba.

... .. = pausa: muy corta, corta, más extensa. (?palabra) = transcripción insegura

<Comentario> + = El comentario es válido para el segmento hasta el signo +

/ = interrupción perceptible, corrección.

reservorio a partir del cual se pueden generar nuevas conexiones causales, distintas de las explicitadas en la historia. Es por esta razón que –según creemos– se trata de un nivel de análisis de enorme relevancia para el médico y que, por lo demás, se justifica la subdivisión al interior del plano de lo representado por el relato.

Aquí, nos hemos basado particularmente en el relato de Pedro, un paciente de 72 años, oriundo de Alberti, en la Provincia de Buenos Aires. Algunas semanas antes de la consulta, se le practicó una colecistectomía por cálculos en la vesícula biliar y el conducto colédoco, pero que ahora va a ser operado porque una infección le provocó una colangitis y una trombosis de vena porta. Acaba de terminar los antibióticos prescritos para combatir la infección bacteriana y espera por la intervención en los días subsiguientes a la consulta. La médica, que ya conoce al paciente, le pregunta por la gran cantidad de peso corporal que perdió en el último tiempo, con lo que pone el foco de atención en el cuerpo de Pedro y en los cambios que produjo directa o indirectamente la enfermedad:

- 126 M ¿cuánto pensás que perdiste de peso.. José? ¿vos cuánto pesabas?
127 P si te cuento no me CREÉS.. yo debo haber pesa::do CIENTOtreinta kilos
128 M y el otro día nos pesamos ¿te acordás? ¿cuánto pesabas?
129 P seTENTa y dos y me:dio algo de eso ¿no?
130 M sí
131 P sí
132 M o sea que perdiste
- 133 P Sí:::... o sea el pEso mIO tendría que ser setentiocho.. ponele ochenta
134 M sos muy alto

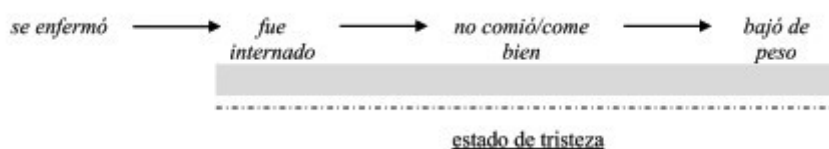
En seguida, Pedro propone dos explicaciones causales no ligadas en principio a la cuestión emocional para su pérdida abrupta de peso: i) el propio proceso orgánico de la enfermedad, y ii) el hecho de no haber comido bien en las últimas semanas que pasó internado en distintos centros de salud hasta llegar al Hospital El Cruce (línea 136). Este doble nexo lógico-causal se sitúa en el nivel de la historia, en el que podemos recuperar, entonces, los siguientes eventos: *se enfermó – fue internado – no comió/come bien – bajó abruptamente de peso*.

A continuación, con todo, la médica sugiere la posibilidad de interpretar el hecho (la pérdida de masa corporal) de otra manera complementaria y alude sorpresivamente a la tristeza que advirtió en el paciente “el otro día” (línea 137). La reacción de Pedro es de plena aceptación (“y viste”, línea 138), como si la médica hubiera finalmente hallado la verdadera causa de la pérdida abrupta de peso, una que hasta el momento permanecía “oculta”. Esta recepción positiva de la sugerencia de la médica se revela de la manera más contundente en la respuesta

física: más allá de las sugestivas pausas al responder, por primera vez en toda la entrevista, Pedro tiembla al hablar (línea 138). Esto es indicador de un estado de fuerte afectación emocional, producido por el acto de rememoración, constitutivo de la consulta médica: como dice Struth, “las memorias pueden disparar estados emocionales” (2015, 129).

- 135 P estaba re pasado de kilos <carraspea>+ pero todo eso lo bajé... por la
136 P enfermeda::d o porque no comé::s bien <cada vez más bajo> o porque+
137 M estabas un poco triste también
138 P y viste::... no es fácil tanto tiempo... no estaba <con cierto temblor en la voz>
139 P acostumbrado tampoco+ a estar tanto encerrado.. (2) yo era muy andariego../
140 P soy bah y andaba caminando

Lo cierto es que la intervención de la médica complejiza el entramado lógico-causal de este segmento de la historia, en la medida en que incorpora un estado de tristeza que, a partir de un determinado momento de la internación, se superpone a los eventos. Lo ilustramos gráficamente en el siguiente esquema, que muestra los vínculos causales entre los eventos y el estado emocional “superpuesto”. La franja gris representa una zona en la que se dan una serie de vínculos causales difusos entre el estado de tristeza y los diferentes eventos que conforman el plano de la historia. Estas relaciones lógicas son difíciles de dimensionar, pero en cualquier caso tienen un carácter bidireccional en el sentido de que, muy presumiblemente, se retroalimentan.



Lo que creemos es que esto da cuenta de la dinámica que tiene lugar, en el marco de la conversación médico-paciente, entre el nivel de la historia y su sustrato. La relación entre el *estado de tristeza* y la *pérdida* de peso estaba, por así decir, “disponible” en el sustrato pero no había sido actualizada por el discurso por lo que tampoco aparecía como recuperable en la historia. La modificación de la historia de Pedro en virtud de la aguda apreciación de la médica da cuenta así de la importancia teórico-metodológica del nivel estructural del relato al que llamamos “sustrato”, tanto para el médico como para el teórico de la narración. Además, en este caso, la incorporación del factor “tristeza” resulta clave en el curso posterior de la consulta, puesto que le da pie al paciente para verbalizar nuevos elementos que hasta ese momento no habían aparecido o que permanecían implícitos.

El hecho de que la tristeza pase a estar en el nivel de la historia (plano explícito) provoca en el paciente una urgencia de explicación: actúa así como factor desencadenante de una nueva sección del relato. Las líneas 138-140 deben leerse como el comienzo de una explicación narrativa de la causa del estado de tristeza: más precisamente, se trata de ahondar en el tema. Pedro pareciera notar que la mera relación entre la internación y la tristeza no basta, y alude a que él “era muy andariego” y “andaba caminando”, lo que contrasta rotundamente con el encierro; a la vez, esperando la autorización para continuar. Esto es algo que advierte en seguida la médica, que formula la pregunta por su rutina cotidiana en Alberti (141). Pedro le responde con un relato iterativo en presente histórico (líneas 144-151):

- 141 M ¿qué haces allá en Alberti?
142 P y ahora estoy jubilado. pero no paro yo en casa.. o sea. no paro en casa
143 M ¿cómo es tu día en Alberti?
144 P y bueno me levanto a las cinco treinta de la mañana ahora en este tiempo por
145 P ejemplo... salgo a caminar hasta el puerto.. diez cuadras de ida y de vuelta..
146 P después voy a un tallercito que tengo que trabajo manualidades en so./ en
147 P cuero y sOga para los cabAllos y.... hasta el mediodía o por ahí me aburro y
148 P me voy a la quinta o me voy a hacer otra cosa... pero POR LO GENERAL
149 P hasta el mediodía.. me siento a comer y después ya muy raro que me quede
150 P mucho sentado... me tiro un rato porque ahora en este tiempo son largos los
151 P días y me levanto y ya otra vez al taller
152 M buenísimo
153 P sí era una vida LINda <risa apagada>
154 M <risas> y Sí+.. es muy linda tu vida y por eso acá te cuesta mucho estar
155 M encerrado

Este relato iterativo de Pedro, con función explicativa (tendiente a que la médica entienda realmente por qué está triste), pone en primer plano su sensación de ruptura de la continuidad de la vida, que es característica de los relatos de padecimiento. En este género narrativo, la irrupción de la enfermedad instaura un “antes” y un “después”, una interrupción o cesura, a la manera de una transformación, una *Verwandlung*, que pone en crisis la autopercepción y la propia construcción identitaria (cf. Rimmon-Kenan, 2002, 12; Frank, 2013 [1995], 56). La oscilación entre la autocaracterización en pretérito imperfecto y en presente en el relato de Pedro (líneas 139 y 140) hace patente, en todo caso, que el “estar tanto encerrado” como consecuencia de la enfermedad ha puesto en primer plano, entre sus preocupaciones, la incertidumbre respecto de si su vida podrá o no continuar de la misma manera que antes.

Al final, la médica parece querer mostrarle a Pedro que su vida de “andariego” en el pueblo no se perdió para siempre. Cuando Pedro concluye, realiza una evaluación en pretérito imperfecto insistiendo en que esa etapa de su vida se perdió para siempre: “sí, era una vida LINDa” (153). La médica, entonces, lo corrige, usa el presente – “es” (154) – y le hace notar que es porque su vida no solo era sino es “muy linda” que ahora, en el hospital, está triste y, en consecuencia, bajó abruptamente de peso. Es decir: la vida de *Pedro era y es muy linda – se interrumpió momentáneamente por la enfermedad y el encierro – estuvo y está triste – bajó de peso*. El correlato de esta modificación es una apertura hacia el futuro en cuanto espacio de la posibilidad: *Pedro retomará, posiblemente, su vida anterior*.

La cuestión parece ser esta: si el evento que representa la complicación (el encierro) está ligado a la tristeza porque obligó a Pedro a abandonar su vida simple y feliz en el campo, se trata ahora de que todo ello adquiera un sentido de transitoriedad. La lucha entre interpretaciones rivales (es vs. era) debe ser leída como una apuesta, por parte de la médica, a que, en el final, prevalezca cierto aire de esperanza. Es un esfuerzo por que la tristeza sea entendida como un estado pasajero a ser superado: esto se ve, por lo demás, en el contraste entre la risa apagada, melancólica de Pedro (153) y la casi jovial de la médica (154) – y el énfasis en la partícula afirmativa “Sí” –, que parece indicarle al paciente que existe una manera alternativa (más feliz) de interpretar los sucesos y que lo predispone mejor para la intervención quirúrgica.

RECOMENDACIONES O DISCUSIÓN

A una versión inicial de este trabajo, sometida a discusión en una reunión del grupo de investigación, se le ha criticado que proponía una noción de “verdad” y de “realidad” demasiado librada al sentido común, por cuanto sería poco prudente pensar en un vínculo transparente entre el relato de un paciente y la realidad referida (¿qué realidad?). Esto fue planteado en concreto con relación al análisis del relato de Pedro, que reproducimos más arriba. A partir de esto, se nos sugirió pensar en regímenes de verdad asociados a diversos géneros discursivos, o sea, que no todos los géneros adoptan como propia la misma noción de “verdad”. Nos fue recomendada, a este respecto, a fin de complejizar la aproximación, la lectura de Doležel (1998).

A fin de evitar, con todo, adoptar el paradigma de la “posverdad”, que supondría que no existe una realidad a ser recuperada sino solo diferentes miradas, se incorporó, a partir de esta crítica y de Doležel, una sección en la que se reflexiona sobre la fuente de la que abreva el

paciente (su memoria) en la consulta médica y el modo en que este filtro dificulta un acceso a los hechos "tal como ocurrieron", lo cual funciona de un modo por completo diferente en otros ámbitos de lo factual como, por ejemplo, el de la historiografía. Así, hemos llegado a pensar lo siguiente:

Pero ¿cuál es la fuente a partir de la cual Pedro emprende la tarea de reconstruir lo que realmente sucedió? Confinado en la consulta del médico, el único acceso del paciente a los hechos es a través de sus borrosos recuerdos. La memoria es para el paciente lo que las fuentes históricas son para el historiador. A diferencia del novelista, "el historiador no es libre de inventar su propia historia", ya que sólo puede aspirar a construir "el relato de los hechos más convincente y coherente posible a partir de [sus] fuentes" (Fludernik, 2009 [2006], 3); podríamos pensar que lo mismo se aplica al paciente, que pretende ser respetuoso con los hechos, o al menos con la forma en que los recuerda. Idealmente, ningún paciente tergiversa deliberadamente los hechos, porque está en juego su curación.

La fuente del paciente – la memoria – es, en cualquier caso, extremadamente precaria y cambiante. La memoria, como sabemos, dista mucho de ser un recurso fiable para acceder al pasado vivido o histórico. Como proceso no sólo "reproductivo", sino fundamentalmente constructivo, no puede entenderse como un espejo diáfano en el que se refleja rigurosamente el pasado. En el proceso de recordar, entre otras cosas, "[l]os detalles pueden distorsionarse para aumentar la coherencia; pueden introducirse racionalizaciones no presentes en el original; pueden añadirse detalles que consistentes con la historia coherente sintetizada; y pueden eliminarse detalles que sean inconsistentes" (McClelland 1995, 69).

En la historia de esta persona, Pedro, se registran dos versiones alternativas de una serie de hechos, que se generan en la dinámica de co-narración que se establece entre él y el médico. Lo que nos habíamos preguntado inicialmente es cuál de las dos versiones es más cercana a la realidad, en términos de exactitud, pero finalmente llegamos a la siguiente conclusión:

Lo que creemos es que en la consulta médica la pregunta anterior es – hasta cierto punto – superflua, precisamente porque el pasado al que se hace referencia no puede ser recuperado en su totalidad con los medios disponibles (la memoria). En el discurso histórico, el mundo posible construido por el historiador ofrece un "modelo del pasado del mundo real" (Doležel 1998, 792), que él mismo u otros historiadores tendrán que refinar en trabajos posteriores, por ejemplo, cuando se encuentre un nuevo documento, para obtener modelos cada vez más precisos. Pero el criterio del médico en el contexto interaccional de la práctica médica no parece ser en absoluto el mismo que el del historiador (es decir, la exactitud). Lo que le

interesa al médico es, al menos, que la historia contada adquiriera un significado vitalmente útil para el propio paciente.

CONCLUSIONES

Reproducimos a continuación algunas de las conclusiones a las que hemos llegado con relación a la investigación parcial que aquí estamos informando, con relación al relato particular de Pedro:

El punto de partida de este trabajo fue la distinción clásica entre historia (*story*) y discurso y la proposición de que el análisis de la constitución narrativa debe tener en cuenta tanto la condición fáctica o ficcional del relato en cuestión como incluir una consideración pragmática de los contextos y los géneros sociodiscursivos. Hemos intentado justificar esto a partir del caso particular de un corpus constituido por narrativas de enfermedad o de padecimiento producidas en consultas médicas, recogidas en el hospital El Cruce "Néstor Kirchner" de Florencio Varela (Buenos Aires, Argentina) durante el año 2022. Esto significa que las conclusiones se aplican sólo a esta subclase de relatos fácticos que tienen la particularidad de ser producidos en una conversación cara a cara entre un paciente y un médico que detenta un saber institucionalmente respaldado.

Hemos propuesto un modelo parcial de constitución narrativa que no pretende ser universalmente válido, ya que ha sido diseñado únicamente para la narrativa de la enfermedad tal y como se produce en la consulta médica presencial. De nuevo, la reflexión sobre las narrativas de nuestro corpus es la base sobre la que hemos elaborado nuestro enfoque conceptual. Esto significa que nuestro modelo, que, siguiendo a Stierle (1973 [1971]) y Schmid (2010), propone una distinción entre sustrato y relato e incluye también la noción de "fuente", no sólo apoya la premisa de una diferenciación necesaria entre el relato factual y la narración ficcional, sino que está pragmáticamente determinado, en la medida en que está atento al contexto particular de producción del discurso.

En nuestro planteamiento, la cuestión de los afectos y las emociones adquiere especial relevancia por varias razones:

1. En la medida en que los relatos de enfermedad abordan la reconstrucción narrativa de acontecimientos desagradables (y, en ocasiones, traumáticos) vinculados al propio cuerpo o a la propia mente, nos vemos abocados a pensar en las estrategias discursivas que se activan

en la (re)construcción de lo sentido, que pueden desplegarse de forma consciente (*performance*, con una finalidad más o menos persuasiva) o no (reacciones emocionales desencadenadas por la tarea de rememoración que pone en marcha el relato).

2. Hemos constatado que los afectos y las emociones (o, más en general, el complejo AEF) son elementos de especial interés para explorar la diferenciación entre los niveles estructurales del relato – historia y discurso – en determinados textos factuales de naturaleza interaccional como la consulta médica. Esto se debe al hecho de que la consulta médica es un lugar institucional donde, en general, los consultantes reflexionan sobre lo que sintieron (en el pasado) y donde -a veces- los procesos emocionales experimentados espontáneamente por el yo personaje se hacen conscientes para el yo narrador.

3. Un médico formado en medicina narrativa tiene especial interés en "desmontar" los vínculos causales tal y como se presentan en el nivel del relato para proponer otras conexiones posibles que recupera del nivel del sustrato (el "*Geschehen*" de Schmid). En esta búsqueda de nuevos significados e interpretaciones, la toma de conciencia de las emociones desencadenadas por los acontecimientos vividos antes y durante la consulta parece ser un objetivo buscado por el médico, ya que sirve al paciente para seguir narrando y para poner bajo una nueva luz los acontecimientos narrados. Este mecanismo, al mismo tiempo, demuestra la existencia misma del nivel de sustrato.

Pero ¿por qué debemos estudiar la constitución narrativa de las narraciones? Culler dice que comprender los esquemas narrativos es importante "en todos los aspectos de nuestras vidas" (Culler, 2006 [1981], 130). Lamentablemente, Culler no ha explicado qué quiere decir exactamente con esto, pero la afirmación nos ha servido como incitación a pensar en la relación entre la constitución narrativa, las emociones y las esferas sociodiscursivas factuales en las que se desarrolla la actividad humana. En la dirección opuesta, Schmid piensa que el reconocimiento de los niveles narrativos sólo sirve como "ayuda [dentro del campo de la narratología] para el análisis de los dispositivos narrativos fundamentales" en juego en la producción de una narración (2010, 175).

Nos parece, en cualquier caso, que ambas proposiciones se complementan: la identificación de los procedimientos narrativos (por ejemplo, la causación) que conducen al producto final (el texto con el que se enfrenta el médico en la consulta, por ejemplo) sirve para entender cómo los seres humanos reconstruyen y dan sentido al pasado de una manera contextual y genéricamente determinada. De ahí que el interés del estudio de la constitución narrativa vaya mucho más allá de la narratología. Es en la serie de transformaciones que opera cada

nivel donde se puede vislumbrar el complejo proceso cognitivo-comunicativo por el que un fragmento de la realidad se transforma en un texto "narrable". Esto es de gran interés para el narratólogo, pero también para la comprensión de nuestra vida social y la forma en que interactuamos con los demás en las distintas esferas a través de las que se desarrolla nuestra existencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Carranza, I. (2020). *Narrativas interaccionales. Una mirada sociolingüística a la actividad de narrar en encuentros sociales*. Córdoba: Facultad de Lenguas, Universidad Nacional de Córdoba.
- Ciapuscio, G. E. (2022). Narrativas del dolor: técnicas conversacionales y recursos de mitigación e intensificación. *RILCE, Revista de Filología Hispánica*, 38(3), 967-994.
- Culler, J. (2007 [1981]). Story and Discourse in the Analysis of Narrative. En M. Bal (Ed.), *Narrative Theory. Critical Concepts in Literary and Cultural Studies* (pp. 117-131). Vol. I: Major Issues in Narrative Theory. Londres / Nueva York: Routledge.
- Doležel, L. (1998). "Possible Worlds of Fiction and History." In: *New Literary History* 29 (No. 4), pp. 785-809.
- Fludernik, M. (2002 [1996]). *Towards a natural Narratology*. London.
- Fludernik, M. (2009 [2006]). *An Introduction to Narratology*. London / New York, NY.
- Frank, A. W. (2013 [1995]). *The Wounded Storyteller*. University of Chicago Press.
- Genette, G. (1970 [1966]). Fronteras del relato. En AAVV., *Análisis estructural del relato* (pp. 193-208). Trad. de B. Dorriots. Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo.
- Genette, G. (1993 [1991]). *Fiction & Diction* (pp. 54-84). Trad. de C. Porter. Ithaca /Londres: Cornell University Press.
- Kleinmann, A. (1988). *The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition*. New York: Basic Books.

- Köhle, K. y A. Koerfer (2012). Das Narrativ. En R. Adler et al. (Eds.), *Uexküll. Psychosomatische Medizin. Theoretische Modelle und klinische Praxis* (pp. 359-375), 7ª ed. rev. München: Urban & Fischer.
- McClelland, J. L. (1995). "Constructive Memory and Memory Distortions: A Parallel-Distributed Processing Approach." In: Schacter, Daniel L. (ed.), *Memory Distortion. How Minds, Brains, and Societies Reconstruct Past*. Cambridge, Mass., pp. 69-90.
- Phelan, J. (2011). Rhetoric, Ethics, and Narrative Communication: Or, from Story and Discourse to Authors, Resources, and Audiences. *Soundings: An Interdisciplinary Journal*, 94(1/2), 55-75.
- Rimmon-Kenan, S. (enero 2022). "The Story of 'I': Illness and Narrative Identity." In: *Narrative* 10(1), pp. 9-27.
- Scheffel, M. (2010, rev. 2013). Narrative Constitution. *The Living Handbook of Narratology*. <http://www.lhn.uni-hamburg.de>
- Schmid, W. (2010). "Narrative constitution: happenings – story – narrative – presentation of the narrative." In: *Narratology. An Introduction*. Berlin / New York, pp. 175-215.
- Shen, D. (2002). "Defense and Challenge: Reflections on the Relation between Story and Discourse." In: *Narrative* 10 (No. 3), pp. 222-243.
- Stierle, K. (1973 [1971]). "Geschehen, Geschichte, Text der Geschichte." In: Koselleck, Reinhart / Stempel, Wolf-Dieter (eds.), *Geschichte – Ereignis und Erzählung*. Munich, pp. 530-534.
- White, H. (1979 [1973]). *Metahistory. The Historical Imagination in Nineteenth-Century Europe*. Baltimore / London.