



10.15446/fyf.v37n1.107073

Artículos

LA REPRESENTACIÓN DEL DOLOR CRÓNICO: TIPOS E INTENSIDADES EN RELATOS AUTOBIOGRÁFICOS DE MUJERES CHILENAS*

REPRESENTATION OF CHRONIC PAIN: TYPES AND INTENSITIES IN AUTOBIOGRAPHICAL STORIES OF CHILEAN WOMEN

*Benjamín Sagua*¹

*Mariana Pascual*²

Cómo citar este artículo:

Sagua, B., & Pascual, M. (2024). La representación del dolor crónico: tipos e intensidades en relatos autobiográficos de mujeres chilenas. *Forma y Función*, 37(1). <https://doi.org/10.15446/fyf.v37n1.107073>

Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una licencia Creative Commons.

Recibido: 2023-02-01, aceptado: 2023-08-03

* El título presenta la expresión «mujeres chilenas» con la intención de delimitar el universo de pacientes cuyas voces se analizan, ya que este trabajo incorpora el análisis del discurso de pacientes con una patología ginecológica. Es decir, este artículo prescinde de perspectivas teóricas relacionadas con la variación lingüística.

1 ORCID <https://orcid.org/0000-0002-1736-8405> Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile, bsagua@uc.cl

2 ORCID <https://orcid.org/0000-0003-0993-8890> Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile, mariana.pascual@uc.cl

Resumen

Las humanidades médicas se encuentran en pleno auge. Representan grandes avances y propician mejoras para los sistemas sanitarios. Sin embargo, son pocos los trabajos orientados a la investigación de la intersección entre discurso y salud, particularmente del dolor crónico. Así, este artículo explora los recursos lingüísticos asociados a la construcción discursiva del dolor crónico. Para ello, se utilizó un corpus compuesto por 30 entrevistas a mujeres con dolor crónico. El análisis se implementó con una metodología mixta que identificó los recursos léxico-gramaticales y estableció relaciones semánticas mayores entre estos. Sobre la base de la Lingüística sistémico funcional (LSF), estudios del discurso y aportes de las ciencias de la salud se interpretaron los resultados. Se observó que los recursos lingüísticos se encuentran al servicio de siete dimensiones semánticas, tres de ellas con mayor frecuencia. Particularmente, la dimensión de «intensidad» presenta una mayor diversidad de recursos empleados para la expresión del dolor.

Palabras clave: *discurso; salud; dolor crónico; comunicación del dolor; instanciación del dolor.*

Abstract

Medical humanities are at their heyday. They represent great advances and foster improvements for health systems. However, few articles relating discourse and health and, in particular, chronic pain have been produced. This article explores the linguistic resources associated to the discourse construction of chronic pain. To this purpose, a corpus made up of 30 interviews conducted with women who suffer chronic pain was used. The analysis followed a mixed methodological design that identified lexico-grammatical resources and established semantic relations larger than those identified in the previous step. The results were interpreted following the principles proposed by Systemic Functional Linguistics (SFL), discourse studies and contributions from the health sciences. We observed that the linguistic resources identified serve seven semantic dimensions, three of which show a higher frequency. In particular, the dimension «intensity» presented greater diversity of resources used to express pain.

Keywords: *discourse; health; chronic pain; pain communication; pain instantiation.*

I. Introducción

Todo ser humano ha enfrentado alguna sensación de dolor en su vida. Más allá de aquella aflicción, la literatura sostiene que el dolor es una percepción de angustia esencial de la experiencia humana, pues constituye una alerta para evitar mayores daños. Esta aflicción se asocia a un daño real o potencial de los tejidos y posee componentes físicos, emocionales y cognitivos (Cano et al., 2011; Craig & Williams, 2016; Semino, 2010).

El dolor es una sensación usual y bastante regular para las personas. Es más, la atención primaria de los dolores breves y prolongados son grandes dificultades que enfrenta la salud pública global (Cano et al., 2011). El problema se agrava cuando un dolor agudo se torna crónico, es decir, cuando dura más de tres meses. Se estima que más de 1.9 billones de personas sufren dolor crónico, sobre todo después de una cirugía (Aguirre et al., 2020; Barke et al., 2019; Turk & Melzack, 2011).

Para la salud global, el dolor crónico posee mayores implicancias que considerar para la atención y su tratamiento. Por un lado, se identifican los factores clínicos del dolor. Estos involucran un episodio de daño tisular y una potencial extensión temporal indeterminada (Semino, 2010). Por otro lado, se encuentran los factores sociales. Entre ellos, la imposibilidad de comunicar con precisión el dolor experimentado (Dowell et al., 2021; Loftus, 2011). Así, sumado a los elementos clínicos, existen problemas lingüísticos, como la expresión del dolor y la interacción profesional-usuario.

El lenguaje constituye un papel fundamental para la asistencia sanitaria. Las enfermedades están asociadas a prácticas sociales y comunicativas, que generan extensas redes de conceptos que condicionan la experiencia del paciente con dolor (Bañón, 2018). Conocer la red conceptual, los recursos que la viabilizan y aquellos con los que se caracteriza el dolor crónico mejoraría las prácticas sanitarias. Es indefectible estudiar el lenguaje para brindar, por lo menos, un alivio mediante la escucha a las personas padecientes (Pascual, 2020).

Sin embargo, desde una perspectiva lingüística y discursiva son escasos los estudios. A pesar de que existe una necesidad, son pocos los que investigan acerca de los recursos lingüísticos utilizados para construir el dolor crónico (Pascual, 2020). Los trabajos realizados se han centrado principalmente en la construcción gramatical de oraciones que impliquen el concepto de dolor y la identificación de metáforas asociadas a la experiencia de la enfermedad (Dowell et al., 2021). Estas investigaciones, aun cuando aportan y resultan interesantes, no agotan el fenómeno discursivo del dolor.

En consecuencia, este trabajo tiene por objetivo determinar la forma en la cual usuarias del sistema de salud construyen discursivamente el dolor crónico. Para cumplir este objetivo se analizarán los datos de un corpus elaborado en el marco de un proyecto

mayor, cuyo objetivo es estudiar la construcción discursiva del dolor por mujeres con enfermedades crónicas. Para el análisis de estos datos se han seleccionado teorías desde los estudios del discurso, con asistencia desde perspectivas clínicas. Ambas serán presentadas individualmente. Luego, será expuesta la conformación del corpus junto con los métodos y los procedimientos de análisis. Finalmente, se describirán los resultados obtenidos y se establecerán las proyecciones pertinentes.

2. Marco teórico

2.1. Dolor: breve recorrido desde las ciencias de la salud

La sensación de dolor implica elementos físicos, psicológicos, cognitivos y sociales. Constituye una experiencia subjetiva que resulta difícil de medir, pues es intrínseca a cada individuo (Pro & Garza, 2010). Sin embargo, esta conceptualización del dolor no siempre ha sido tan integradora. Con anterioridad, esta experiencia era entendida como una reacción simple y refleja de un daño concreto. Aparentemente, el foco de esta definición recaía en el daño mismo más que en la realidad de los usuarios (Craig & Williams, 2016). Como reacción a esta postura reduccionista, varios autores optaron por una perspectiva que recogiera aquellos factores estrechamente relacionados. Así, se ha promovido un foco en la experiencia del usuario, más que en el daño del tejido.

Como resultado de estas discusiones sucede un cambio de paradigma en los estudios clínicos sobre el dolor. Este cambio tiene su base en un modelo denominado biopsicosocial, que considera aspectos biológicos, psicológicos, cognitivos y sociales para la conceptualización, la aproximación y el tratamiento del dolor. Esta perspectiva ha demostrado poseer un impacto positivo en las necesidades de los usuarios del sistema de salud, pues considera la subjetividad de la experiencia del dolor (Cano et al., 2011).

Uno de los principales énfasis del modelo es la consideración de la subjetividad de la experiencia del dolor. Este énfasis en la subjetividad es provocado por la inclusión de los elementos biológicos, psicológicos, cognitivos y sociales de los usuarios. Al integrar estas dimensiones, el modelo biopsicosocial se centra en la experiencia individual del dolor (Cano et al., 2011; Craig & Williams, 2016; Ordóñez & Sánchez, 2020).

A continuación, se detallarán los factores que el modelo biopsicosocial comprende. Primero, los aspectos biológicos son los fenómenos asociados al daño del tejido. Ordóñez y Sánchez (2020) exponen que estos consideran el daño tisular y el seguimiento del estímulo doloroso. Este aspecto biológico se considera una función protectora, pues la experiencia del dolor momentáneo implica apartar el estímulo causante. Estas

autoras señalan que el dolor en su estado crónico implica una patología, puesto que se desprende de su propósito biológico.

Segundo, los factores cognitivos y psicológicos recogen aquellas relaciones entre el estímulo doloroso, los patrones neuronales y los estados mentales de los individuos. Aguirre et al. (2020) afirman que existen mecanismos para la respuesta producto de los estímulos causantes. Estos son capaces de considerar el sufrimiento, la expresión y las dinámicas socioculturales respecto al dolor. Entre los mecanismos, es posible encontrar una actividad neuronal principal en el lóbulo frontal del cerebro, el cual se encarga primordialmente de las funciones ejecutivas.

Tercero, las implicancias sociales se refieren a la relación entre la sensación del dolor y las prácticas socioculturales. La experiencia del dolor es socializada con las comunidades (Cano et al., 2011). Este aspecto permite reconocer que el dolor posee un fuerte componente social; las personas se exponen al dolor, experimentan, apoyan y comparten pensamientos sobre la sensación del dolor (Cano et al., 2011; Dowell et al., 2021; Pro & Garza, 2010). Es decir, a través de las prácticas socioculturales las personas aprenden a protegerse del dolor, así como a evitarlo.

Entre los factores sociales, las habilidades lingüísticas juegan un papel fundamental. Estas habilidades para comunicar efectivamente el dolor son importantes no solo para quien lo padece, sino también para quien lo atestigua. Es más, dichas competencias facilitan el entendimiento y provocan alivios en la experiencia del dolor (Cano et al., 2021).

Las secciones siguientes describirán los principales tipos de dolor identificados por las ciencias de la salud bajo el modelo biopsicosocial. Esta taxonomía ha sido elaborada de acuerdo con las descripciones establecidas en la 11ª edición del texto *Clasificación internacional de enfermedades* (ICD de ahora en más) propuesta por la International Association for the Study of Pain (2019). Además, hemos considerado los aportes de Ordóñez y Sánchez (2020) y los de Díaz (2005).

Es posible determinar cinco grandes formas de clasificación del dolor. Primero, conforme la patogenia del dolor, existen cuatro tipos. Por un lado, está el dolor nociceptivo, que destaca por ser una respuesta ante un daño tisular. Posee una función protectora, pues con la inflamación de la zona afectada evita un daño de mayores características. Por otro lado, el dolor neuropático se define como una lesión o enfermedad que afecta directamente al sistema nervioso. Además, en este grupo se encuentra el dolor nocioplástico. Este se caracteriza por la sensación de aflicción sin daño tisular real o amenaza concreta que active a los receptores neuronales del dolor, mejor conocidos como nociceptores. Por último, en este grupo se ubica el dolor mixto, que constituye una transposición de los diferentes tipos de dolor de manera situacional.

Segundo, de acuerdo con el curso que sigue el dolor, se identifican otros cuatro tipos. Se encuentra el dolor irradiado. Este tipo de dolor se produce en una zona determinada y conlleva un recorrido nervioso hacia otras partes. Ubicamos también el dolor referido. La sensación de este dolor implica su localización en una zona distinta al lugar del daño producido. Se encuentra desplazado. Otro tipo es el dolor continuo, cuya sensación no desaparece. Finalmente, se identifica el dolor irruptivo, que presenta una exacerbación transitoria de la sensación.

Tercero, según la localización del dolor, la literatura señala dos tipos. Por un lado, el dolor somático, que proviene de partes determinadas del cuerpo humano; puede ser superficial o profundo. Cuando es superficial se le puede atribuir a partes como la piel o la cara. De ser profundo, generalmente proviene de músculos, huesos o articulaciones. Por otro lado, este grupo incluye el dolor visceral. Es un dolor proveniente de los órganos corporales internos, tales como los vasos sanguíneos o las vísceras.

Cuarto, de acuerdo con la intensidad del dolor, se distinguen tres tipos (Díaz, 2005). Estos son categorizados acorde a la apreciación de los pacientes sobre la base de sus actividades cotidianas. El dolor puede ser leve, permite realizar tareas habituales. También, puede ser moderado, interfiriendo con actividades diarias. Por último, a este grupo pertenece el dolor severo, el que dificulta la realización de tareas regulares, e incluso obstaculiza el descanso.

Finalmente, según la duración del dolor se distinguen dos tipos. Por un lado, el dolor agudo, caracterizado por una presencia inferior a tres meses. Por otro lado, encontramos el dolor crónico. Este posee una duración superior a tres meses y puede extenderse sin límites, aun cuando la lesión ha desaparecido. El dolor crónico es el que conlleva más factores psicológicos y culturales, pues incide en la vida de las personas e involucra comportamientos y dinámicas sociales (Díaz, 2005; Ordóñez & Sánchez, 2020). Tal es la complejidad del dolor crónico que puede representar en sí mismo subcategorías (Barke et al., 2019; Barke et al., 2022 y Esteve et al., 2012). Debido al papel fundamental que el lenguaje juega en la experiencia de este dolor, es por lo que este constituye el foco de interés del presente trabajo.

2.2. Representación discursiva del dolor: estudios previos y estado de la cuestión

Para Bañón (2018), la salud y la enfermedad son constructos sociales al servicio de las ideologías predominantes. Esto puede hacer variar la noción de estos conceptos a través de las épocas y entre la diversidad de culturas. En consecuencia, las ideas predominantes tienen efectos en la prevención, el tratamiento y los cuidados de las enfermedades.

Así, el estudio de los discursos juega un rol fundamental al momento de entender las experiencias de los usuarios del sistema de salud. Al ser las enfermedades constructos sociales, los usuarios crean enormes redes conceptuales sobre sus experiencias por medio del lenguaje. El dolor no es ajeno a esto, pues es una vivencia que se pone en práctica según dinámicas culturales y se comunica de acuerdo a pautas implícitas que estos mismos hábitos sugieren. La reacción frente al dolor, la manera de comunicarlo, las prácticas socioculturales asociadas a su tratamiento, la experiencia y la prevención del dolor están profundamente arraigadas en la cultura y reflejadas en el lenguaje (Halliday, 1998). Su estudio, en consecuencia, resulta imperativo.

Frente a esta propuesta, se ha presenciado un creciente interés por la intersección entre salud y discurso. Como propone Pascual (2020), el aporte de los estudios del discurso ha propiciado un cambio en la aproximación al objeto de estudio en las ciencias médicas y ha evidenciado que la salud humana está atravesada por diversos factores que trascienden el ámbito de lo biológico. Esto ha concentrado la atención de numerosos investigadores, sobre todo en el área de la salud mental.

Es necesario destacar la contribución de Halliday (1998). En su trabajo *The grammar of pain* abordó las relaciones entre lenguaje y dolor desde una perspectiva estrictamente gramatical. Sentó las bases para el estudio exhaustivo de ambos fenómenos e interesó a diversos lingüistas. Posteriormente, en la lengua castellana, Bañón (2018) dedicó gran parte de sus investigaciones a describir y analizar la relación entre salud, prácticas médicas y comunicación. Así, ha establecido directrices para analizar la relación entre salud, enfermedad, ideologías y lenguaje con un enfoque crítico.

Sobre la base de estos aportes varias investigaciones desde los estudios del discurso se han centrado en la salud de los usuarios. En el ámbito de la salud mental destacan los aportes de Pardo y Lerner (1999), orientadas al discurso psicótico. Así, comenzó una amplia tradición de investigaciones sobre la intersección entre ciencias de la salud mental y el análisis del discurso en Latinoamérica. Sus trabajos han considerado factores sociales e institucionales que profundizan los efectos en la salud mental y determinan también las elecciones conceptuales y lingüísticas de los usuarios.

Otras áreas de la salud han sido consideradas por los investigadores. Magaña y Matlock (2018) han incursionado dentro de las construcciones conceptuales que mujeres latinas con cáncer utilizan para expresar sus experiencias con el dolor. Asimismo, autoras como Bullo y Pascual (2017) han elaborado primeras aproximaciones a la relación entre discurso y el padecimiento de dolores producto de la endometriosis.

Es claro que los estudios del discurso, con foco en el uso del lenguaje, pueden contribuir enormemente a la salud, así como al tratamiento de enfermedades y a la

experiencia del usuario. Sobre todo, porque existen problemas en la comunicación del dolor que interfieren en la relación médico-usuario. Varios estudios han determinado una desconexión del médico con su paciente. Se ha reportado que alrededor de un 80% de los pacientes presentan dificultades comunicando sus síntomas y percibiendo dificultades en relación con las indicaciones médicas (Bullo, 2018).

Es decir, los usuarios del sistema de salud son incomprendidos por sus médicos tratantes debido a dos razones principales. Por un lado, los pacientes no pueden expresar adecuadamente sus síntomas y experiencias con el dolor. Por otro, los médicos con frecuencia no entienden los síntomas que sus usuarios manifiestan. Lo anterior refleja dificultades metadiscursivas (Hyland, 2017), ya que los usuarios del sistema de salud poseen problemas para hallar las palabras que les permitan construir un significado relevante en términos experienciales. Asimismo, evidencia problemas de metarrepresentación por parte del equipo médico (Sperber, 2000), pues estos se ven incapaces de representar mentalmente las construcciones discursivas que tratan de elaborar los usuarios sobre la base de sus propias vivencias con el dolor. Estas problemáticas lingüísticas generan brechas comunicativas entre equipos médicos y usuarios, desencadenando conflictos durante el tratamiento del dolor (Bullo, 2018).

Ahora bien, a pesar de lo fructífera y oportuna que resulta ser la intersección entre discurso y salud, muy pocos estudios se realizan al respecto. De hecho, como expone Pascual (2020), son escasas las investigaciones que indaguen, desde una perspectiva discursiva, acerca de los recursos lingüísticos utilizados para la construcción del dolor en español. Los trabajos relacionados se han enfocado mayormente en la salud mental. Mientras, aquellos que se han dedicado a la salud física, han acotado sus trabajos a elementos determinados del lenguaje.

Las investigaciones se han centrado primordialmente en el papel que juega el uso de metáforas conceptuales al momento de construir el dolor. Varias investigaciones han concluido que el uso de metáforas conceptuales o imágenes mentales son instancias del lenguaje usuales para las personas con dolor crónico (Ferreira et al., 2013). Es por esto por lo que las investigaciones sobre el dolor se han centrado en la descripción y categorización de las metáforas utilizadas por personas con dolor crónico. La metáfora conceptual se define como la descripción de una percepción subjetiva o abstracta en términos de un concepto asociado (Semino, 2010). Es decir, una manera de explicar una experiencia indescriptible con otras palabras. A esta definición Kneebone et al. (2019) agregan que no solo se trata de expresar una experiencia, también es una manera de entender el dolor crónico.

Dada la dificultad para manifestar el dolor, el lenguaje metafórico actúa como un canal para hacer del dolor algo objetivo y entendible para otros. Ferreira et al. (2013) aseguran que la experiencia del dolor es bastante nebulosa y se vuelve difícil expresarla literalmente. Es más, el uso de las metáforas conceptuales está asociado a la expresión de sensaciones que son altamente desagradables e intensas (Ferreira et al., 2013; Kneebone et al., 2019). Por esta razón, las personas con dolor crónico suelen recurrir a estrategias lingüísticas figuradas.

Además, las personas se valen de estos recursos con tal de expresar de alguna manera sus experiencias. Esto significa que desean transmitir o explicar a otros su sentir. Como aseveran Demjén y Semino (2016), las metáforas producto del dolor relacionan la experiencia subjetiva de la aflicción con imágenes fuertes que otras personas puedan entender con mayor facilidad. Es decir, la explicación de las metáforas tiene un impacto positivo en la comunicación de la experiencia. De hecho, esto no solo es en el nivel comunicativo, sino cognitivo. Ferreira et al. (2013) han expuesto que al manifestar las sensaciones de manera metafórica los usuarios se sienten menos estresados. En esta misma línea, las construcciones metafóricas del dolor pueden influir directamente en el tratamiento del dolor crónico, ya sea de manera positiva o negativa (Semino, 2010; Demjén & Semino, 2016; Magaña & Matlock, 2018).

Al ser la metáfora conceptual un recurso frecuente para expresar el dolor es posible agruparlas semánticamente. De hecho, Bullo (2018) y Ferreira et al. (2013) concuerdan en que existe la posibilidad de categorizar las metáforas en dominios determinados, pues la asociación de la experiencia del dolor a imágenes que comparten ciertas similitudes obedece a una concepción cultural acerca de la experiencia. Por esto, codificada a través de expresiones usuales, la sensación sería entendida por el receptor. A continuación, de acuerdo con Kövecses (2002), se identifican tres principales dominios semánticos de las metáforas del dolor en inglés. En el primer dominio se trata de posicionar al dolor como un objeto afilado. En el segundo, el dolor se construye como animal que atormenta a las personas. El último dominio relaciona el dolor con el fuego. Sin embargo, otros autores han establecido dominios que escapan a estas categorías semánticas, entre estos podemos señalar el dolor como un viaje y el dolor como una enseñanza (Magaña & Matlock, 2018; Loftus, 2011).

Cabe destacar que la manera en que se construye el dolor metafóricamente no solo es mediante la sustitución de este concepto por otro elemento, sino que existen otros tipos de recursos. Semino (2010) afirma que las metáforas conceptuales también pueden construirse a través de símiles. Es decir, el lenguaje figurado al servicio de la metáfora conceptual es variado y también puede elaborarse a modo de comparación entre dos

conceptos. Incluso, como el lenguaje ofrece otro tipo de posibilidades metafóricas, no sería de extrañar que la construcción metafórica del dolor sea elaborada alegóricamente o mediante otros elementos retóricos.

A pesar de que la mayoría de los estudios se han centrado en el papel de la metáfora para construir dolor, también se han elaborado investigaciones sobre otro tipo de recursos lingüísticos. Entre estos es posible destacar la catastrofización del dolor. Jungthaenel et al. (2017) definen este recurso como la exageración negativa de las características asociadas al dolor y su experiencia. Los autores exponen que la manera en que los usuarios catastrofizan el dolor en inglés es principalmente con la utilización de pronombres en primera persona singular y palabras asociadas semánticamente a la tristeza. Esto indica que la experiencia propia con la sensación y la emoción de tristeza son relevantes para el desarrollo del discurso.

Sin duda, es posible identificar que el lenguaje posee una variedad de formas para expresar el dolor. A pesar de que la bibliografía se centra en el uso de la metáfora conceptual, el lenguaje ofrece múltiples opciones para construir el dolor a través del despliegue del discurso. Por esto, es necesario continuar los estudios que describan los recursos lingüísticos utilizados por quienes padecen dolor crónico. Tal como señalan Magaña y Matlock (2018), estos recursos pueden variar a través de las culturas y las lenguas. Por lo tanto, resulta necesario que se cuente con descripciones en variedades de lenguas y contextos de uso.

3. Diseño e implementación de corpus

El análisis del corpus empleó una metodología ecléctica, considerando que para la consecución del objetivo planteado una aproximación adecuada es aquella que considere aspectos tanto cuantitativos como cualitativos. Sobre la base de un diseño flexible, cobran relevancia las instancias particulares del dolor, los recursos que las construyen, así como también la manera en que se establecen relaciones entre estos. Por ello, se ha utilizado una aproximación metodológica mixta (Creswell et al., 2003).

Para el presente estudio se utilizó un corpus elaborado en el marco de un proyecto de investigación mayor. Esta investigación se centra en la construcción discursiva del dolor en mujeres chilenas en edad reproductiva diagnosticadas con endometriosis. El corpus está compuesto por 30 narraciones autobiográficas semiestructuradas que retratan las experiencias de estas mujeres con el dolor crónico.

La elicitación de este corpus se llevó a cabo mediante entrevistas virtuales. Debido a que la etapa de recolección de datos se implementó durante meses de crisis sanitaria por el COVID-19, las mujeres fueron entrevistadas en diversas plataformas *online*. Su

participación fue voluntaria, en respuesta a una convocatoria publicada en redes sociales. El objetivo de las entrevistas era indagar en las experiencias personales sobre el dolor provocado por la endometriosis, en sus distintas dimensiones. Por esto, las entrevistas oscilaron entre los 30 y 45 minutos, con un promedio de 39.6. Fueron grabadas y transcritas de manera literal. Luego, se depuraron los datos lingüísticos mediante la extracción de las intervenciones de las entrevistadoras. De esta manera, solo se conservaron las narraciones de las informantes para conformar el corpus. El tiempo total de grabación fue de 19.53 horas. El corpus resultante está compuesto por 180,159 palabras. Todo indicio de identidad personal fue extraído para proteger la integridad y anonimato de las participantes. Todas firmaron el correspondiente Consentimiento aprobado por el comité de Ética de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

3.1. Análisis de los datos

El análisis cuantitativo se basó, primero, en la contabilización particular de los recursos lingüísticos asociados al lema DOLOR con la ayuda del software AntConc. En segunda instancia, se identificaron manualmente solo aquellos lemas que presentaron modificadores gramaticales directos. En ambos casos se utilizó la terminología y las indicaciones de los manuales descriptivos de la gramática española (Di Tullio, 2014; Real Academia Española [RAE] & Asociación de academias de la lengua española [ASALE], 2010).

El análisis cualitativo se centró en la descripción de las relaciones semánticas establecidas entre los recursos lingüísticos. Para esta descripción se utilizó la perspectiva teórica de la Lingüística Sistémico-Funcional (Halliday, 2014). Un aspecto de esta teoría implica la existencia de relaciones semánticas entre ítems lingüísticos en el desarrollo del discurso. Sobre la base de esto, se establecieron relaciones semánticas entre determinados lemas del dolor crónico.

Por último, se identificaron y agruparon en categorías emergentes las dimensiones semánticas del dolor crónico. Las instancias del dolor fueron relacionadas semánticamente y se propusieron dimensiones vinculadas a significados determinados. Dada la prevalencia de ciertas dimensiones en el corpus, el análisis se enfocó en estas. En las páginas siguientes se detallan con profundidad los resultados y las descripciones realizadas.

4. Análisis

4.1. Representación del dolor

La representación del dolor se elabora a través de distintas formas gramaticales del lema DOLOR. A lo largo de las entrevistas identificamos las maneras de construir gramati-

calmente el lema DOLOR. Su realización es a través de formas nominales, adjetivales y verbales. En la Tabla 1 se pueden observar las instancias particulares de cada forma gramatical y de las palabras específicas identificadas.

Tabla 1. Instancias de uso de términos derivados de «dolor» en el corpus

	Palabra	Número de instancias	Instancias
Forma nominal	dolor	553	723
	dolores	170	
Forma adjetival	doloroso	18	56
	dolorosa	14	
	dolorosos	5	
	dolorosas	19	
Forma verbal	doler	22	272
	doliendo	2	
	dolía	60	
	dolió	3	
	duele	168	
	duelen	10	
	doliera	7	
Instancias totales			1051

Por un lado, las formas nominales del lema DOLOR son principalmente dos. En primer lugar, la palabra «dolor» se presenta un total de 553 veces en todo el corpus. En segundo lugar, la palabra «dolores» es observada 170 veces. Esto constituye un total de 723 instancias de la forma nominal. Esto evidencia una clara preferencia de las entrevistadas por la forma nominal en singular «dolor».

Por otro lado, la forma verbal del lema DOLOR es la que presenta mayor diversidad. Se destaca la forma verbal en presente «duele» junto con su forma plural «duelen». También sobresale el pretérito imperfecto «dolía». Luego, la forma verbal en infinitivo «doler». En menor medida observamos el pretérito imperfecto subjuntivo «doliera», el pretérito perfecto simple «dolió» y gerundio «doliendo». Esto constituye 272 instancias de la forma verbal, con una clara tendencia al uso del modo indicativo, particularmente en su forma presente «duele».

Por último, el lema DOLOR presenta cuatro variaciones adjetivales. Se manifiesta en la palabra «doloroso». Le sigue la forma en femenino singular «dolorosa». También, se encuentran las formas plurales de estas palabras respectivamente: «dolorosos» y

«dolorosas». En total, las formas adjetivales se presentan en 56 instancias. Se observa una preferencia por el uso de la forma adjetival en femenino plural.

En total, las instancias conforman 1051 usos en el corpus. Las formas nominales son un 68.8%. Le siguen las formas verbales que, en su totalidad, constituyen un 25.9% de las instancias. Las formas adjetivales solo representan un 5.3% de las instancias en el corpus. Esto demuestra una tendencia de las usuarias a utilizar la forma nominal del lema DOLOR en el corpus. Por ello, el siguiente capítulo se enfocará en la descripción de los recursos lingüísticos utilizados para la construcción discursiva del dolor en su forma nominal y la manera en que estos se relacionan semánticamente.

4.2. Dimensiones del dolor

Para el análisis de las formas nominales del lema DOLOR se consideraron solo las instancias que gramaticalmente presentaron modificadores. Se han analizado los sintagmas que poseían la palabra dolor como núcleo y que presentaban constituyentes que modificaban su significado. Esto con el fin de elaborar dominios del dolor y subdimensiones detalladas. Al realizar lo descrito, se observaron 231 instancias, a partir de las cuales se establecieron relaciones de significado entre los recursos. Este proceso de codificación semántica evidenció que las entrevistadas utilizan el lenguaje para construir el dolor en siete dimensiones principales. Estas se pueden observar en la Figura 1 y se detallan en las páginas siguientes.

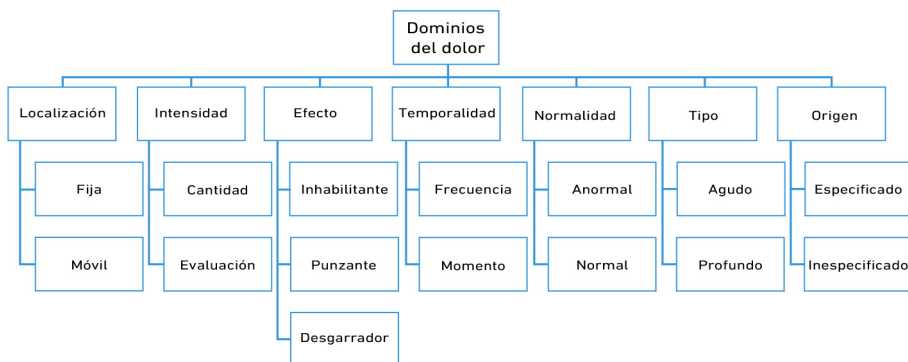


Figura 1. Esquema de distribución de las dimensiones del dolor

4.2.1. Dimensión de «localización»

La «localización» implica semánticamente la ubicación del dolor. Esta ubicación puede tener dos naturalezas: «fija» o «móvil». La primera delimita la ubicación en un espacio

del cuerpo delimitado. A su vez, la segunda detalla un desplazamiento de la ubicación del dolor. Particularmente, la dimensión de «localización» tiene un vínculo estrecho con la clasificación médica del dolor según su localización y su curso (Ordóñez & Sánchez, 2020).

4.2.2. Dimensión de «intensidad»

La «intensidad» del dolor detalla la experiencia subjetiva del dolor en términos de cuantificación. Esta dimensión posee dos tipos principales: «cantidad» o «evaluación». Por un lado, «cantidad» detalla una cuantificación del dolor de manera más objetiva o simple. Por otro lado, la subdimensión de «evaluación» implica una manifestación más subjetiva y extrema de la intensidad del dolor.

4.2.3. Dimensión de «efecto»

El «efecto» del dolor aúna las descripciones sobre las manifestaciones y consecuencias de la aflicción. Identificamos en este dominio del dolor tres subdimensiones. Por un lado, la subdimensión «inhabilitante» reúne las experiencias del dolor que restringen la movilidad de las usuarias e interfieren directamente con las tareas de la vida cotidiana. Por otro lado, la subdimensión «punzante» manifiesta las sensaciones del dolor de naturaleza incisiva en sus cuerpos. Por último, la subdimensión «desgarrador» implica la construcción del dolor como el causante de aflicciones en la piel. Ante esto, es posible notar que el «efecto» se encuentra estrechamente relacionado con la «intensidad» del dolor. Sin embargo, el «efecto» se focaliza en las consecuencias más que la cuantificación. Es necesario destacar que estas consecuencias y manifestaciones pueden situarse en el espectro de lo físico y lo emocional, algunas incluso podrían considerarse de naturaleza difusa o superpuesta.

4.2.4. Dimensión de «temporalidad»

La «temporalidad» detalla la manifestación del dolor en distinciones temporales. Este dominio del dolor posee dos subcategorías: «frecuencia» o «momento». La primera inscribe al dolor como una sensación recurrente en la vida de las usuarias, mientras que la segunda construye al dolor en instancias determinadas, que pueden poseer una intensidad mayor respecto del dolor usual. Esta dimensión del dolor se puede homologar a los dolores subagudos y al dolor crónico de las taxonomías médicas (Ordóñez & Sánchez, 2020).

4.2.5. Dimensión de «normalidad»

La «normalidad» expresa la concepción que las mujeres poseen frente a la experiencia del dolor. Por un lado, el dolor puede ser «anormal». Es decir, construido como extraño o distinto al dolor regular. Por otro lado, también puede considerarse como «normal», es decir, el dolor regular. Estas relaciones semánticas indican una naturalización en la sensación del dolor crónico por parte de las mujeres que lo padecen.

4.2.6. Dimensión de «tipo»

El «tipo» de dolor recoge las construcciones asociadas a la extensión corporal. Este dominio puede dividirse. La primera subdimensión, «agudo», refiere extensiones delimitadas y superficiales de ciertos momentos de dolor en el cuerpo. La segunda, «profundo», considera episodios de dolor en los que este adquiere grandes extensiones en ciertas zonas y se manifiesta de manera interna al cuerpo.

4.2.7. Dimensión de «origen»

El «origen» del dolor expresa la procedencia de la aflicción. Esta fuente puede tener principalmente dos naturalezas. La primera «inespecificada», carece de detalle respecto del origen, pero se hace referencia a su naturaleza. En el corpus solo se encontraron instancias inespecificadas de dolor físico, sin embargo, según la literatura revisada, es posible que también exista una dimensión emocional. La segunda subdimensión es la «especificada». Esta dimensión recoge construcciones del dolor con fuentes determinadas. En el corpus solo se hallaron instancias en las que la fuente especificada es la menstruación.

4.3. Instanciación de las dimensiones del dolor

A continuación, la Tabla 2 detalla los recursos lingüísticos utilizados para la expresión gramatical de cada dominio del dolor, sus respectivas subdimensiones y ejemplos extraídos del corpus que ilustran su uso.

Tabla 2. Expresión lexicogramatical de las dimensiones del dolor

Dimensiones		Recurso lingüístico	Ejemplo	I
Localización	Fija	Adjetivo relacional	Una especie de dolor muscular	35
		Sintagma preposicional (de, en, a, al)	Dolores a los huesos	45
	Móvil	Adjetivo calificativo	Como un dolor expansivo	3
		Cláusula relativa	Es un dolor que sube por la columna	2
		Sintagma preposicional	Un dolor (...) desde los pechos hasta la rodilla	1
Intensidad	Cantidad	Adjetivo calificativo	Llevaba tres días con un dolor muy fuerte	38
	Evaluación	Adjetivo elativo	Me quedo sola con un dolor horrible	19
		Metáfora	Me estoy muriendo de dolor	9
Efecto	Inhabilitante	Adjetivo calificativo	Los dolores menstruales eran inhabilitantes	10
		Metáfora	Los días que me da el dolor soy multiplicada por cero	9
		Cláusula relativa	Me deja un dolor que no podía caminar	2
	Punzante	Adjetivo calificativo	Fuera del dolor punzante que siento en el útero	1
		Metáfora	Un dolor como una puntada o una puntalada	3
	Desgarrador	Adjetivo calificativo	Era un dolor bien desgarrador	1
Temporalidad	Frecuencia	Adjetivo calificativo	Después de la operación tuve un dolor constante	13
		Sintagma verbal	Yo vivo con el dolor	4
		Cláusula relativa	Es un dolor que me acompaña	3
	Momento	Sintagma preposicional	Empecé a tener dolor después de las relaciones	12

Dimensiones		Recurso lingüístico	Ejemplo	I
Normalidad	Anormal	Sintagma verbal	El dolor no es normal	3
		Adjetivo calificativo	En la tarde me empieza un dolor muy extraño	1
	Normal	Adjetivo calificativo	No en verdad era como el dolor normal	4
Tipo	Agudo	Adjetivo calificativo	Pero un dolor es un dolor muy agudo el que me da	6
	Profundo	Adjetivo calificativo	Eran veinticuatro horas de un dolor profundo	1
Origen	Especificado	Sintagma preposicional	Los dolores de la menstruación eran como calambres	4
	Inespecificado	Adjetivo calificativo	El dolor físico	2
Instancias totales				231

Es posible observar una preferencia en los recursos lingüísticos utilizados para construir las dimensiones del dolor. Se identifica el uso de adjetivos como «muscular», sintagmas con distintos núcleos, tal como «yo vivo con dolor». Asimismo, hay cláusulas relativas como «es un dolor que me acompaña» y metáforas como «un dolor como una puntada». Las entrevistadas emplean principalmente adjetivos para construir el dolor crónico en sus distintas dimensiones. Estos adjetivos suelen ser calificativos, como «fuerte». Particularmente, para la dimensión de «localización», se emplean adjetivos relacionales, entre ellos «abdominal». Es posible que estos ayuden a determinar con menor esfuerzo de procesamiento cognitivo y mayor economía lingüística el lugar del dolor.

Cabe destacar que para la construcción de la dimensión «temporalidad» resulta importante el uso de verbos, como «vivo con el dolor». Aunque otras dimensiones emplean cláusulas relativas y sintagmas verbales, el dominio semántico «temporalidad» emplea diversas formas verbales que no se reducen al infinitivo, como «acompaña». Esto puede estar relacionado con la cualidad principal del verbo en español de codificar gramaticalmente la temporalidad de un evento. Por esto, el verbo resulta un recurso bastante útil para construir la «temporalidad» del dolor.

Es importante resaltar el uso de metáforas para la construcción de las dimensiones «intensidad» y «efecto». Como se ha señalado, las metáforas, como «soy multiplicada por cero», son recursos sumamente importantes para la manifestación de la experiencia del dolor. Ante los resultados, es posible sostener que estos recursos se utilizan principal-

mente para expresar la magnitud de la sensación y la manera en que se experimenta el dolor crónico en el cuerpo. En ambos casos, como sostiene Semino (2010), las metáforas se utilizan para tratar de comunicar una aflicción que excede los límites verbalizables.

Desde una perspectiva de análisis crítico del discurso, se puede sostener que estos recursos lingüísticos constituyen estrategias (Fairclough, 2014). Dada la cantidad de instancias de estos recursos y su presencia transversal en el corpus se observa que son elementos recurrentes al servicio de un propósito: representar dimensiones del dolor crónico. Es decir, se trata de elecciones intencionadas por parte de las usuarias para construir determinados campos de experiencia. En términos de Fairclough (2014), ocurre una significación de una faceta del mundo y, por lo tanto, hace evidente la manifestación del dolor como un tipo de discurso.

Sin embargo, como destaca Cassany (2006), es necesario tener en cuenta que estas estrategias son productos potenciales de prácticas socioculturales precisas. Las comunidades utilizan estas estrategias determinadas por sus conocimientos, intenciones y propósitos. Por lo tanto, los recursos lingüísticos analizados son específicos de los relatos autobiográficos de mujeres chilenas. Es decir, la manifestación léxica y gramatical de las dimensiones del dolor puede variar según género y registro.

Sin perjuicio de lo anterior, la Figura 2 ofrece la distribución porcentual en el corpus de los dominios semánticos. La cantidad de instancias refleja una clara tendencia de las mujeres a focalizar el discurso en ciertas dimensiones del dolor. En primer lugar, la localización, seguida por la intensidad del dolor, la temporalidad, y, en cuarto lugar, el efecto. Las demás dimensiones del dolor son escasamente representadas por las personas.

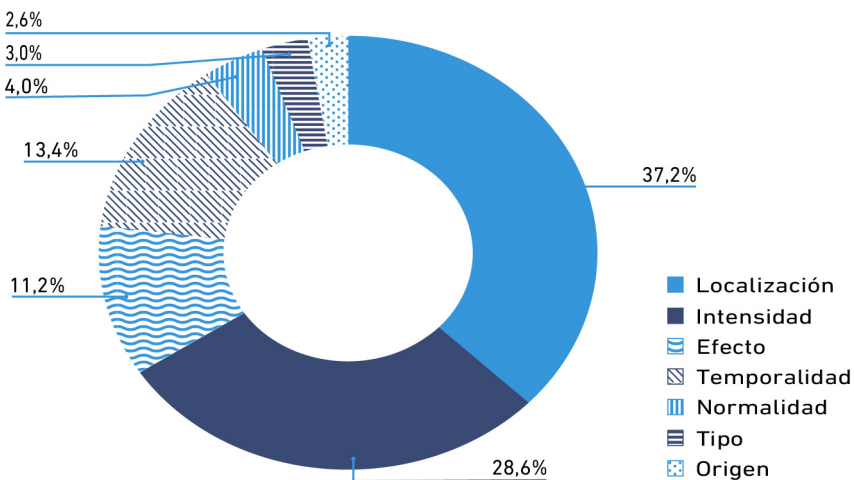


Figura 2. Distribución porcentual de los dominios del dolor

Las dimensiones del dolor con mayores índices son la «localización» y la «intensidad». En ambos casos, representan porcentajes elevados respecto a la totalidad de instancias en el corpus. Posiblemente, estas dimensiones resulten más relevantes de comunicar para las entrevistadas. Por esto, es necesario profundizar sobre ellas. Sin embargo, mientras que la dimensión «localización» es bastante descriptiva en sí misma y los recursos utilizados son bastante formales, la dimensión de «intensidad» presenta algunas particularidades que se describirán a continuación.

4.3.1. Recursos para la «intensidad» del dolor

A medida que se despliegan los discursos, se utilizan diversos recursos lingüísticos para la intensidad del dolor. Entre estos elementos de la lengua se destacan los adjetivos elativos como «horrible» y el uso de estructuras metafóricas como «me estoy muriendo de dolor». Ambos se encuentran en función de la subdimensión de evaluación. Además de estos recursos para construir semánticamente la «intensidad» del dolor, también se emplean partículas para cuantificar la experiencia. En el corpus se identificaron elementos lingüísticos particulares que acompañan a los adjetivos. Estos recursos son adverbios de grado y sufijos que actúan como modificadores, por lo que se encargan de cuantificar lingüísticamente los adjetivos a los que se asocian (Di Tullio, 2014; RAE & ASALE, 2010).

La Tabla 3 ofrece un resumen de los recursos observados en el corpus con la función descrita.

Tabla 3. Recursos lingüísticos para la construcción de la intensidad

	Recurso lingüístico	Ejemplo	I	
Cuantificación	Adverbios	Mucho	Te llega la regla y tení [sic] mucho dolor	38
		Muy	Llevaba tres días con un dolor muy fuerte	21
		Más	Pero a mí me causaba más dolor	13
		Tan	Como un dolor tan intenso	6
		Demasiado	Era demasiado el dolor	6
		Súper	Tenía unos dolores súper fuertes	5
		Así	Es un dolor así de intenso	2
	Bien	Era un dolor bien desgarrador	1	
	Sufijos	He tenido así dolores fuertísimos	4	
Instancias totales			96	

Existe una tendencia a cuantificar la experiencia de la intensidad del dolor a través de adverbios. Se aprecia que la mayoría de los recursos utilizados son adverbios, como «mucho». Estos son principalmente especificadores o de gradación. Es decir, más que cuantificar la intensidad en términos de cantidad, manifiestan una reacción subjetiva por parte de quienes los utilizan (Di Tullio, 2014). Sin embargo, es posible identificar adverbios de modo, en específico: «súper»¹, «así» y «bien», los que de todas maneras desempeñan funciones evaluativas.

Los adverbios pueden utilizarse de manera reiterativa. Por un lado, existen adverbios en el corpus que presentan instancias significativamente mayores a los demás. Se encuentra motivado por una reiteración del recurso por parte de las entrevistadas. A este fenómeno se le denomina reduplicación léxica y constituye una forma usual de resaltar la gradación de las cualidades, en este caso, de la «intensidad» del dolor (RAE & ASALE, 2010). Esto se puede observar en la expresión «mucho mucho dolor». Por otro lado, se puede apreciar en el corpus que los adjetivos elativos léxicos se encuentran acompañados por adverbios de grado, aun cuando estos formalmente no admiten este tipo de modificadores. Tal es el caso del segmento «muy insoportable». Para Di Tullio (2014), esto constituye una redundancia, pues los elativos lexicalizan grados máximos o son contenidos a través de morfemas. Por lo tanto, esta redundancia particular constituye también una reduplicación.

Con base en lo señalado, es posible establecer patrones gramaticales para la construcción particular de la «intensidad». Estos patrones son representados en la Figura 3, que se ordena hacia mayores grados de intensidad.

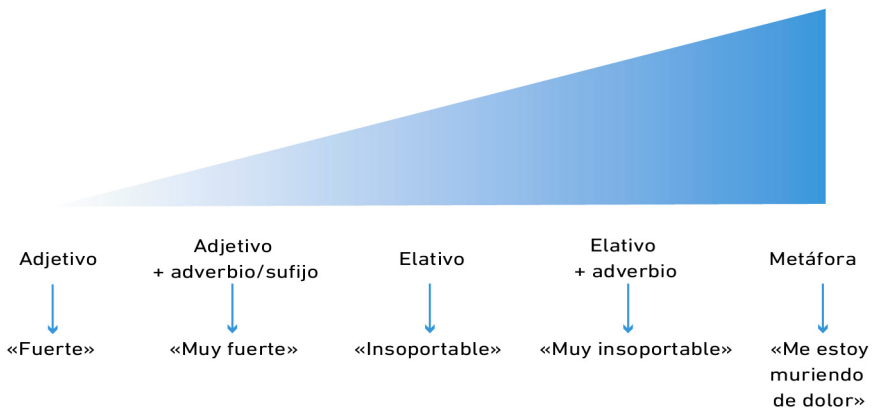


Figura 3. Representación gráfica de la construcción de intensidad

El análisis del corpus ha indicado que el lenguaje nos ofrece tres grupos de patrones básicos para la construcción de la «intensidad». Primero, el dominio semántico de la «intensidad» se puede construir a través de adjetivos calificativos como «fuerte». Segundo, se puede elaborar mediante construcciones de superlativo. Estas construcciones se pueden dividir en tres más específicas. Por un lado, estructuras de adjetivo calificativo acompañadas de sufijos o adverbios, como «muy fuerte». Por otro lado, las construcciones pueden manifestarse solo a través de adjetivos elativos, como «insoportable». Por último, las construcciones de superlativo pueden elaborarse mediante elativos junto a adverbios de gradación o junto a sufijos, como en «muy insoportable». Finalmente, la «intensidad» del dolor puede elaborarse a través de metáforas con distintos recursos, tal es el caso de «me estoy muriendo de dolor».

5. Conclusiones

Las humanidades médicas y otras interdisciplinas asociadas a la salud están en pleno auge. Este artículo, en particular, ha explorado la intersección entre ciencias de la salud y estudios del discurso. Se elaboró una observación en la construcción discursiva del dolor crónico a través de relatos autobiográficos de mujeres con endometriosis. Esta fue una investigación focalizada en los recursos lingüísticos utilizados por las mujeres al momento de narrar sus experiencias aflictivas. Se limitó a la forma nominal dada su importante presencia en el corpus.

El análisis cuantitativo de las formas nominales permitió establecer una variedad de recursos al servicio de la construcción del dolor crónico. Entre estos se puede destacar el uso de adjetivos calificativos, sintagmas preposicionales y metáforas. A través de un análisis cualitativo, se observó que estos recursos se relacionan semánticamente a medida que se desenvuelve cada discurso. Estas relaciones de sentido fueron catalogadas en siete macro-dimensiones semánticas del dolor crónico y se determinó que los recursos se encuentran al servicio de estas. Además, estas dimensiones son relacionables con las taxonomías médicas del dolor crónico. Lo que podría resultar de utilidad para una comunicación más efectiva entre el personal de salud y quienes utilizan el sistema sanitario.

Es necesario destacar que el análisis determinó tres dimensiones del dolor con una frecuencia mayor: «localización», «intensidad» y «temporalidad». Esto demuestra una clara urgencia de parte de las mujeres entrevistadas por manifestar los lugares, las magnitudes y las frecuencias de la experiencia aflictiva. Además, la «intensidad» resulta ser un dominio semántico particular, pues se utilizan elementos lingüísticos determinados para graduar la magnitud de la experiencia aflictiva. Así, la construcción de esta dimensión resulta ser bastante compleja a lo largo de los discursos. El análisis

pudo determinar tres maneras de construir dolor. Aunque estas construcciones de la «intensidad» son experiencias personales y desbordan cualquier intento de objetivarse en taxonomías médicas, sí que es posible establecer una relación cercana entre estos tres tipos de construcciones y los tres niveles de intensidad del dolor propuestos por Díaz (2005).

El lenguaje posee una mayor variedad de recursos para elaborar semánticamente distintas experiencias humanas. Las lenguas, manifestación concreta del lenguaje, son sistemas de signos capaces de generar redes de significado mediante recursos potencialmente infinitos. Sin embargo, la prevalencia de determinados elementos lingüísticos en los discursos de dolor crónico puede deberse principalmente a variables como el registro empleado por las mujeres y el género estudiado. Por esta misma razón, las experiencias afflictivas se instancian de maneras particulares en el presente estudio. Se espera que futuras indagaciones profundicen el estudio de otros registros y otros géneros que puedan ser de utilidad para la comunicación en salud. Es responsabilidad de las ciencias desarrollar mejores relaciones entre médicos y pacientes del sistema sanitario.

6. Referencias

- Aguirre, D., Jiménez, M., & Ortega, M. (2020). Metacognitions on Pain, Functionality and Intensity of Pain in Women with Fibromyalgia. *International journal of psychological research*, 14(1), 78-90. <https://doi.org/10.21500/20112084.4897>
- Bañón, A. (2018). *Discurso y salud: análisis de un debate social* (1ª. ed.). EUNSA.
- Barke, A., Jakob, R., Korwisi, B., Konstanjsek, N., Rief, W., & Treede, R. (2022). Classification of chronic pain for the International Classification of Diseases (ICD-11): results of the 2017 international World Health Organization field testing. *PAIN*, 163(2), 310-318. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002287>
- Barke, A., Korwisi, B., Lacand'homme, P., Rief, W., & Shug, S. (2019). The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic postsurgical or posttraumatic pain. *PAIN*, 160(1), 45-52. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001413>
- Bullo, S. (2018). 'I feel like I'm being stabbed by a thousand tiny men': The challenges of communicating endometriosis pain. *Health*, 24(5), 1-17. <https://doi.org/10.1177/1363459318817943>
- Bullo, S., & Pascual, M. (2017, Noviembre 6-10). *Construyendo el sufrimiento: una exploración de las descripciones de pacientes de endometriosis desde el Sistema de la Valoración* [Presentación de ponencia]. XIII Congreso de la Asociación de Lingüística Sistemico-Funcional de América Latina (ALSFAL), Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, Argentina.

- Cano, A., Craig, K., Dever, T., Duck, S., Goubert, L., Hadjistavropoulos, T., Jackson, P., Mogil, J., Rainville, P., Sullivan, M., Vervoort, T., & Williams, A. (2011). A Biopsychosocial Formulation of Pain Communication. *American psychological association*, 137(6), 910-939. <https://doi.org/10.1037/a0023876>
- Cassany, D. (2006). Leer desde la comunidad. Tras las líneas: sobre la lectura contemporánea. En Cassany, D. (ed.), *Tras las líneas: sobre la lectura contemporánea* (pp. 21-43). Anagrama.
- Craig, K., & Williams, A. (2016). Updating the definition of pain. *PAIN*, 157(11), 2420-2423. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000613>
- Creswell, J., Plano, V., Gutmann, M., & Hanson, W. (2003). Advanced Mixed Methods Research Designs. En Tashakkori, A. & Teddlie, C. (eds.), *Handbook of mixed methods in social and behavioral research* (pp. 209-240). Thousand Oaks.
- Demjén, Z., & Semino, E. (2016). Using Metaphor in healthcare: Physical health. En Demjén, Z., & Semino, E. (eds.), *The routledge handbook of metaphor and language* (pp. 385-399). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315672953>
- Di Tullio, A. (2014). *Manual de gramática del español* (2ª. ed.). EDICIAL.
- Díaz, P. (2005). Tipos de dolor y escala terapéutica de la OMS. Dolor iatrogénico. *Oncología*, 28(3), 139-143. <https://doi.org/10.4321/S0378-48352005000300006>
- Dowell, T., Keevallik, L., La, J., & Weatherall, A. (2021). The multimodality and temporality of pain displays. *Language & communication*, 80, 56-70. <https://doi.org/10.1016/j.langcom.2021.05.008>
- Esteve, N., Garrido, J., & Ribera, H. (2012). La transición de dolor agudo postoperatorio a crónico: ¿qué sabemos? *Revista de la sociedad española del dolor*, 19(4), 197-208. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462012000400006
- Fairclough, N. (2014). Critical discourse analysis. En Gee, P., & Handford, M. (eds.), *Routledge Handbook of Discourse Analysis* (pp. 9-20). Routledge.
- Ferreira, N., Gillanders, D., Gosden, T., Grady, C., & Morris, P. (2013). Mental imagery in chronic pain: Prevalence and characteristics. *European journal of pain*, 18(5), 721-728. <https://doi.org/10.1002/j.1532-2149.2013.00409.x>
- Halliday, M. (1998). On the grammar of pain. *Functions of Language*, 5, 1-32. <https://doi.org/10.1075/fo1.5.1.02hal>
- Halliday, M. (2014). *An introduction to Funcional Grammar*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203783771>
- Hyland, K. (2017). Metadiscourse: What is it and where is it going? *Journal of pragmatics*, 113(1), 16-29. <https://doi.org/10.1016/j.pragma.2017.03.007>
- International Association for the Study of Pain. (2019). ICD-II pain classification resources. <https://www.iasp-pain.org/resources/icd-ii-pain-classification-resources/>

- Junghaenel, D., Schneider, S., & Broderick, J. (2017). Linguistic indicators of pain catastrophizing in patients with chronic musculoskeletal pain. *The journal of pain*, 18(5), 597-604. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2017.01.001>
- Kneebone, I., Munday, I., & Newton-John, T. (2019). The language of chronic pain: Disability and rehabilitation. *Disability and rehabilitation*, 43(3), 354-361. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1624842>
- Kövecses, Z. (2002). *Metaphor: A Practical Introduction* (2^a. ed.). Oxford University Press.
- Loftus, S. (2011). Pain and its metaphors: A dialogical approach. *Journal of medical humanities*, 32, 213-230. <https://doi.org/10.1007/s10912-011-9139-3>
- Magaña, D., & Matlock, T. (2018). How spanish speakers use metaphor to describe their experiences with cancer. *Discourse & communication*, 12(6), 1-18. <https://doi.org/10.1177/1750481318771446>
- Ordóñez, L., & Sánchez, D. (2020). Evaluación del dolor. En Sánchez, D. & Ordóñez, L., (eds.), *Evaluación de la función muscular* (pp. 299-325). Universidad Santiago de Cali.
- Pardo, M. L., & Lerner, B. (1999). Psicosis social: un trabajo interdisciplinario desde la lingüística y la psicología. *Filología*, 12, 95-120. <https://doi.org/10.4067/S0718-09342001004900010>
- Pascual, M. (2020). Discurso, salud e información desde el relato de pacientes de endometriosis. *Discurso y salud*, 14(2), 421-442. <http://www.dissoc.org/ediciones/v14n02/DSi4%282%29Pascual.html>
- Pro, M., & Garza, B. (2010). Sensibilidad, resistencia y expresión del dolor: relación con la socialización del dolor. *Revista de la sociedad española del dolor*, 17(7), 304-311. <https://doi.org/10.1016/j.resed.2010.07.003>
- Real Academia Española [RAE], & Asociación de Academias de la Lengua Española [ASALE]. (2010). *Nueva gramática de la lengua española*. Espasa.
- Semino, E. (2010). Descriptions of pain, metaphor, and embodied simulation. *Metaphor and symbol*, 25(4), 205-226. <https://doi.org/10.1080/10926488.2010.510926>
- Sperber, D. (2000). Metarepresentations in an evolutionary perspective. En Sperber, D. (ed.), *Metarepresentations: A Multidisciplinary Perspective* (pp. 117-137). Oxford University Press.
- Turk, D., & Melzack, R. (2011). The measurement of pain and the assessment of people experiencing Pain. En Turk, D., & Melzack, R. (eds.), *Handbook of pain assessment* (3^a. ed., pp. 3-16). Guilford.

NOTAS

- 1 Se ha de destacar que la palabra «súper» puede ser un prefijo (Di Tullio, 2014). Sin embargo, esta funcionalidad no se observa en el corpus analizado.