

LA ENTEVISTA Y LOS PACTOS COMUNICATIVOS.

¿QUIÉN DETENTA EL PODER?

María del Rosario FERNÁNDEZ¹

Resumen

El artículo aborda el análisis de una entrevista a un médico psiquiatra desde la perspectiva de los intercambios comunicativos y sus incidencias en el entrevistado y el entrevistador con el fin de indagar la circulación del poder y la construcción semiolingüística del mundo.

Palabras clave: Análisis del discurso- ciencias sociales- interdisciplina- entrevista- poder

Abstract

The paper focuses on the analysis of an interview with a psychiatrist from the perspective of communicative exchanges and their impact on the interviewee and interviewer in order to investigate the circulation of power and the construction of the semiolingüistics world.

Key words: Discourse analysis- interdisciplinary- social sciences – interview-power

Résumé

Le document met l'accent sur l'analyse d'un entretien avec un psychiatre du point de vue des échanges de communication et leur impact sur l'interviewé et intervieweur afin d'enquêter sur la circulation du pouvoir et la construction semiolingüistique du monde.

Mots-clés: Analyse du discours- sciences sociales- interdisciplinaire- interviewer- pouvoir

0.Presentación

En este artículo nos proponemos indagar el funcionamiento del “pacto comunicativo” (Charaudeau, 1994, 2009.b) en una entrevista realizada a un médico psiquiatra en el marco del trabajo de investigación en torno de las continuidades y rupturas de los procesos de despsiquiatrización entre las décadas del 60 /90, en la Cátedra de Metodología y Técnicas de la investigación II (Escuela de Antropología, Facultad de Humanidades y Artes, UNR). La entrevista, como escena genérica (Mainguenuau, 2004) resulta sumamente utilizada en múltiples

¹ Doctora en Lingüística UNR -Prof. Titular de Etnolingüística- Facultad de Humanidades UNR

Fecha de recepción del artículo: Febrero 2014

Fecha de evaluación: Mayo 2014

escenas englobadoras (la del discurso antropológico, el político, el médico, el psicológico, por nombrar algunos) Es por ello que nos parece pertinente echar sobre su tratamiento, una mirada pluridisciplinar para lo cual nos adherimos a la perspectiva de Charaudeau (1982, 1992), en líneas generales, pero, haciendo especial hincapié en los tipos y modos de intervención (Blanchet, 1985), que, más allá de lo que este autor plantea, asociamos con los procesos semiolingüísticos (Charaudeau, 1982) que las mismas adoptan, para lo cual, nos referiremos a los procesos de semiotización (Charaudeau, 2009.b) pero entendidos como un modo de gestar escenografías (Maingueneau, 2004) discursivas. Finalmente, y a modo de interpretación, pondremos en relación nuestra perspectiva teórica y nuestro análisis con la noción de circulación del poder en esta entrevista en particular, lo cual, creemos, puede resultar ilustrativo y motivo de reflexión para quienes trabajan habitualmente que con esta herramienta.

Este artículo se organiza en cinco grandes secciones: la primera, refiere sumariamente la perspectiva teórica que hemos asumido; en la segunda, transcribimos la entrevista bajo análisis; la tercera, cuarta y quinta, retoman la teoría de Blanchet (1985), asociándola con los principales lineamientos de la perspectiva de Charaudeau (2009.b): la regulación, las relaciones de fuerza, la significación de los objetos.

1. Perspectiva teórica

Desde la concepción interdisciplinaria de Charaudeau (2009.a), el análisis del discurso se presenta como una herramienta² útil para la comprensión y articulación de las diferentes perspectivas en ciencias sociales, lo cual genera una visión pluri o transdisciplinaria. En el caso que nos ocupa, tomamos un discurso, una entrevista³ que se realiza a los fines de ser interpretada. Y es en este punto en donde radica nuestro interés puesto que:

“Interpretar consiste en una operación que relaciona los resultados de un análisis con presupuestos teóricos” (Charaudeau, 2009.a: versión electrónica s/p).

Este aspecto, que parece casi “evidente” resulta el de mayor dificultad a la hora de articular teoría con análisis concreto de textos. No podemos soslayar que quienes trabajamos en ciencias sociales nos encontramos permanentemente con la producción e interpretación de textos que pueden ser leídos desde diversos enfoques pero que, de alguna manera, no “escapan” a un abordaje lingüístico discursivo. La decisión del tipo de abordaje que se realice y su grado de profundidad, también es un aspecto a considerar y al que deseamos aportar con este artículo, puesto que

“ningún fenómeno pertenece de manera exclusiva a una disciplina, y ninguna disciplina puede pretender agotar por sí sola la comprensión del fenómeno” (Charaudeau.a, 2009: versión electrónica s/p).

En el vasto campo de las ciencias sociales, siguiendo a Charaudeau (2009.a) los fenómenos se organizan en torno de ciertas problemáticas: la regulación, las relaciones de fuerza, la

² “El objeto del análisis del discurso es el estudio de la relación entre lengua, sentido y vínculo social. La gran dificultad de estas disciplinas —pero también su gran interés— consiste en intentar describir la manera como se articulan, por un lado, el mundo de la acción psicológica y social, y, por el otro, el mundo de la lengua”. (Charaudeau, 2009: versión electrónica s/p).

³ Desde la perspectiva de Maingueneau (2004) en torno de las escenas enunciativas de todo discurso, la entrevista se corresponde con la escena genérica. En este caso, la escena englobadora, correspondiente al tipo de discurso sería el del discurso antropológico y las escenografías que permiten el advenimiento de la escena genérica, los recursos concretos, lingüístico/discursivos que mostramos en el análisis.

significancia de los objetos del mundo. En cuanto a la regulación, debemos considerar las normas, los roles y las identidades sociales en juego. Desde este punto de vista, la escena genérica de la entrevista supone ciertos parámetros, como por ejemplo, los vinculados a las normas de intercambio, de inicio y de cierre de secuencias que estudiaremos desde la perspectiva de Blanchet (1985). Así mismo, las relaciones de fuerza que el propio género entraña, y que supone la adopción de determinadas estrategias por parte de los participantes, instalan una asimetría básica entre el entrevistador, quien detenta el poder de preguntar, y el entrevistado, quien, “caritativamente” (Davidson, 1984), debe responder. En lo que atañe a la significación de los objetos, ella se encuentra entramada con las representaciones y los imaginarios sociales, que pueden ser o no compartidos entre entrevistador y entrevistado.

La entrevista forma parte de los fenómenos sociales sumamente extendidos no sólo en ámbitos académicos. En tanto acto de comunicación, sus participantes buscan relacionarse entre sí, establecer normas de vida y construir una visión común del mundo (Charaudeau, 2009. a) En su diálogo, entrevistador y entrevistado movilizan instancias de poder y de saber, lo que se refleja en las intervenciones y en los modos en que son construidas las principales tópicos.

En la próxima sección, transcribimos la entrevista objeto de análisis.

2. La entrevista

M (entrevistado): Entonces, a lo que voy con esto, que, al rol activo del paciente que ha de devenir impaciente, que no sabe resignar. Si vos vas al médico, y te duele la cabeza, y te da una aspirina y se te pasa está todo bien, no tenés que pensar nada de lo que yo te digo, pero si vos tenés algo un poco más complicado, y te vienen dando Ibupirac y hace doscientos años que te viene doliendo la cabeza, tenés que ponerte a pensar, “¿qué me está pasando?” ¿Qué pasó?, que la medicina clásica excluyó la mente y el cerebro, los médicos en el 99.9 por ciento, o el 88.8, han negado al cerebro y a la mente, entonces todo lo que se piensa alrededor de la medicina, es cerebro excluido y mente excluida, a cualquiera, ¿ustedes han ido al médico alguna vez? (*murmullo*).

M (entrevistado): Bueno, si van a escuchar el discurso, si les soluciona las cosas rápidas no hay problema, porque dicen: “Bueno tenés esto, flaco, tomate esto, está todo bien”, pero si no está todo bien es complicado. Ahora, en una época explicaban todo con la virosis, decían es un virus, ya nadie le creo lo de los virus, porque no los demuestran ¿no?, incluso el del sida es relativo, ahora usan la palabra genética, y la palabra genética está usada como, como usaría yo los virus, dios, o el devenir humano, o los astros, porque no está comprobado que sea genético, de dónde sacaron que es genético, es una instrumentación el bardo que se hacen en decir: “Lo suyo es genético señora”, y es mentira, nadie demuestra lo genético, salvo que sea un chico down, entonces bueno ahí hay una alteración cromosómica, pero explicar por la genética es tanto verso como explicarlo por dios o el destino, pero todavía no se están generando situaciones en el que el paciente devenga impaciente y pase a tener una responsabilidad en las cosas que le pasen, donde el tenga que ver en la construcción de la salud, por ahora el médico utiliza una política por distintas razones, sobre todo por ignorancia, pero por distintas razones, por las cuales excluye la mente, el cerebro, y que vos pienses y tengas un rol activo en la cuestión de tu salud, y yo creo que uno tiene que ser un agente activo en la salud, esté enfermo o no esté enfermo, pero ahora estamos hablando en este caso de la enfermedad. En cuanto a la...¿quieren preguntarme algo?, sino yo sigo hablando, si se les ocurre algo digan.

Carlos (entrevistador 1): No, a mí me llama la atención sobre todo eso que has dicho de que tenías una familia de médicos, eh, y nosotros habíamos leído en la página que vos nos habías dado, una historia de lo que supusimos que era tu abuelo, o un abuelo, un abuelo de alguien que venía acá, y ahí mostraba, un señor que en teoría había fumado desde los 14, 13 años, como

compay segundo, una cosa así, hasta de grande y que sí no se veía una persona sufrida ni con ese dolor de la enfermedad, entonces nos acercamos a pensar lo que podía ser, por tu familia o algo parecido), queríamos acercar una pregunta, con respecto a vos que te hizo, eh, lo que te hizo, no sé, o ponerlo ahí a ese ejemplo, o...

M (entrevistado): ¿Qué pasa?, como yo estoy siempre preocupado por las cuestiones de la salud y de la enfermedad, eh. Una vez vino una chica y me contó la historia esta del abuelo, y yo la transcribí así textual, porque yo a partir de esta chica que conocí, una brasilera, cada persona que venía acá que me decía que tenía un papá o abuelo de más de 90 años, y yo le decía: “Anda a hacerle un reportaje a tu abuelo para ver cómo hizo para llegar a más de 90 años”. Y me agarré el hábito de preguntarle a la gente. Entonces comencé a juntar historias de salud y en el Clarín una vez leí una historia muy linda que decía: “Abuelo, tenía 104 años y vivió solo en el monte en Salta”. ¿Cómo hizo para llegar a 104 años?, ¿se cuidó del sexo? “No, no, he tenido hasta con las cabras dice”. ¿Y se cuidó del alcohol? “He chupado toda la vida”. ¿Y se cuidó del pucho? “He fumado hasta dormido. Entonces dos cosas, siempre hice lo que quise y al monte no llegan los médicos”. A mierda, al leer eso, quedé impactado yo. Estaba en el Clarín, nunca pude guardar ese artículo, pero no me lo olvidó más, Entonces pensé qué interesante al monte no llegan los médicos, lo dije una vez en un almuerzo que me invitaron al Rotary y obviamente no me invitaron más porque estaba lleno de médicos. Pero la parte de siempre hice lo que quise me pareció interesante, miércoles, a veces no es tan fácil contactar con lo que uno desea, pero qué interesante poder contactar con lo que uno desea, por lo menos para este abuelo de 104. No sé qué hacía en el monte, pero hacía lo que quería, estaba con su deseo, y pasa que a veces no es fácil contactar con el deseo. ¿Por qué? Muchos de nosotros pensamos con los sí, eso lo dice la metafísica, pero también muchos de nosotros pensamos con los no y aparte nos casamos entre sí, pero es otra historia, el pensar con los no, parecería que el cerebro no tiene registro de los no, entonces, por ejemplo me dicen: “no quiero sufrir, no quiero envejecer, no quiero ser pobre, no quiero que me vaya mal, no quiero que me pase tal cosa”, parecería que el cerebro no tiene registro del no, o sea que no se inscribe como posibilidad cuando uno dice no quiero, no quiero, sí se inscribe, lo que uno dice como sí, lo que uno afirma, por ejemplo me dicen quiero ser joven, no dicen no quiero ser viejo, dicen quiero ser joven, o sea todo lo afirmativo parece que tiene registro cerebral y lo que se inspira en el no, no tiene registro cerebral, por lo cual tiene menos chance, en la película “El secreto” se ve algo no sé si ¿la vieron ustedes? Entonces, ¿de dónde venía?

Seba (entrevistador 2): Del deseo.

M (entrevistado): Qué importante es contactar con lo que uno desea, que cada uno de nosotros sepamos lo que deseamos, yo creo que una de las preguntas más agresivas que le hago a la gente es ¿qué es lo que usted desea? “Y qué sé yo, loco, paz, amor, felicidad”. “Pero no, no hablemos boludeces, eso no son, son cosas muy generales, paz, amor, bienestar, felicidad, el amor que sé yo” Vamos a cosas más concretas, cosas más tangibles, cosas que uno pueda demostrar, que usted ha conseguido lo que desea, porque uno dice paz, qué sé yo qué es la paz, qué es la guerra, uno dice el amor, el amor no sé ustedes qué piensan pero yo estoy un poco desencantado con la cuestión del amor, uno tiene que enamorarse muchas veces para que se sostenga. La otra vez en el programa “Plan A” salió un cartelito que decía “el amor dura 18 meses”, no sé de dónde lo sacarán, van recogiendo los relatos de todo el mundo y van poniendo abajo.

Seba (entrevistador 2): ¿El deseo es siempre constructivo?

M (entrevistado): Sí, el deseo es constructivo, aún los deseos más egoístas son constructivos, el deseo siempre es constructivo, claro, a lo mejor, yo me acuerdo, cuando yo estuve, yo estuve 20 años en un grupo espiritual, entonces muchas de las cosas que cuento tienen que ver con que yo hice trabajo espiritual, y había una enseñanza que yo recibí que se llamaba del amor (ahí pensé: “A dónde me metí, este tipo esta pasado de rosca”).

Guille (entrevistador 3): ¿Qué cosa?

M (entrevistado): Los rayos del amor y los rayos del amor, no me acuerdo mucho pero creo que eran 12. Entonces estaba el amor más primitivo, que era el amor más distintivo, más egoísta, más vil, pero era amor, y el amor más elevado a lo mejor era el amor a Dios, al universo, al Big Bang, al cosmos qué sé yo, y de ahí todos los rayos se iban desarrollando en función de la volutividad del ser donde uno más va a valorar al barrio, al pueblo, al país, al mundo, al hombre a Dios. Entonces a mí me conmovió esa enseñanza en el punto en que aún en el amor más bajo, que era....(*pausa larga*), que era amor en el sentido positivo. Pensando tu pregunta, no en realidad, no porque hay deseos que no, no, o acciones más que deseos, acciones que no tienen que ver con lo constructivo, cuando un adulto viola a un niño, no sé si eso es constructivo, en general eso no está al servicio de construir nada, es del orden de la perversión, ni siquiera de la locura sino de las perversiones, entonces, no. Pensándolo un poco, el deseo no siempre es constructivo, uno tiene que canalizarlo y usarlo como fines constructivos, pero pasan diferentes cosas dentro del camino de desear.

Guille (entrevistador 3): Y pensando en el loco internado, vos decías que no se enferma por una serie de cosas inclusive porque no tiene contradicciones, cómo, ¿cómo se relaciona con su deseo, en qué forma desea?

M (entrevistado): No, el loco tiene el deseo como invaginado, perdió el contacto, el loco loco, ¿no?, eh, no aparece el deseo, hay una clausura del deseo, vive según las circunstancias y según el momento, no tiene proyección, no tiene futuro y no tiene pasado.

Guille (entrevistador 3): A lo mejor puede ser que su deseo sea más inmediato.

M (entrevistado): Vive más instintivamente. Había uno que se llamaba Legrand que tenía como 80 años, pero parecía de mucho menos y el tipo dormía solo, era como una especie de empleado de la institución, el dormía solo en un galpón que estaba por atrás y su cama era un elástico sin colchón y de almohada un quebracho, un pedazo de quebracho y el tipo todas las mañanas se levantaba a las 7 de la mañana y le hacía los mandados a los enfermeros, iba al Bancop, se ponía primero adelante de todos, pasaba por adelante de todos, cobraba los cheques, iba a hacer los mandados, y cuando uno le iba a pagar él decía: “No un peso no, a mi dame 25 centavos para el cigarrillo”. Y rechazaba el dinero de más, y cuando iba a comer iba con la olla y el metían la sopa, el puré, un bife, todo adentro de la misma olla, y comía todo así todo junto. Era perfecto, ése era el ejemplo más lindo que yo conocí de loco, loco. Creo tenía una parafrenia que es una enfermedad donde el imaginaba y decía por ejemplo, todas las mañanas él tenía una ceremonia en la cual cargaba su energía en el techo de zinc de los que había en el galpón, yo no lo veía nunca, pero me contaron, estaba 10 minutos cargaba energía y se iba, y yo estoy seguro que cargaba energía, no sé cómo hacía, pero cargaba energía porque se la creía. Es tan importante lo que uno se cree, uno va creando aquello que va creyendo y ahí está muy vinculado a esto el camino de los miedos ¿no?, uno va creando lo que va creyendo, que importante que son las creencias entonces, por ejemplo si uno cree que está enfermo y se va a morir, tiene más chance de morirse, ¿por qué?, como la creencia se transforma en creación, esta vez, a través del contacto, la relación que hay entre el miedo y la inmunidad, ahí faltaba eslabonar esta situación del miedo y la inmunidad, donde el miedo parecería que resiente lo que es el proceso inmune, el proceso de defensa del organismo, entonces una persona que entra en pánico, entra a temer mucho a uno de los miedos universales de morirse, empieza a ver todos los síntomas que tiene como señales que le están llegando de la inminente destrucción, pierde kilos de peso, uno dice; debe tener cáncer, porque perdió 20 kilos de peso, no el cáncer no te hace perder peso, lo que te hace perder peso, es el cagaso, el stress lo que te hace perder peso, yo había escuchado en los pasillos de la facultad que la gente con cáncer estaba delgada, no delgada de cáncer delgada del miedo y es fácil saber, como hace uno para saber cuando alguien tiene miedo, le toca la mano, y ahí ve si está transpirada. Acá no aparecen los miedos una cosa tan simple como ésa. Acá esas

personas que vienen enfermas y vienen con sus manos transpiradas y rápidamente las hago pasar a otro estado, dentro de lo que puedo, paso del estado agotónico, el estado de relajación, a veces es fácil a veces lleva un poco de tiempo hasta que la persona se convence, porque básicamente premisa que tengo que trabajar yo, es decirle: “Flaco, de esto que tenés no creo que te mueras”. Y tengo que cuestionarle absolutamente toda la estructura de lo que le está pasando, estar yo convencido, pero como estoy un poco loco, estoy convencido, es lo que me preserva, no estoy muy loco tendría que ser mucho más loco, pero el grado de locura me alcanza como para estar convencido de lo que planteo, entonces ¿saben lo que aparece?, lo que se llama la congruencia, cómo se nota cuando transmite algo que cree y que se la cree, y cómo se nota, un vendedor sabe eso, y como cuando uno no se la cree no vende, o vende mal. Qué interesante que es esto, qué importante, creer aquello que uno plantea. Y esto te da la imagen de lo que es la congruencia, los españoles le llaman empoderamiento, situación de poder y la persona cuando enferma, enferma porque ha perdido el poder, ha perdido el nombre, el nombre de la enfermedad es más importante que el de la persona. Yo le he dado clase a los oncólogos y se reunían y decían: “Bueno vamos a ver al paciente de la cama 8. Bueno el paciente de la cama 8, es un tumor de próstata grado 3, ¿qué quimio le damos?”. Y yo miraba así al paciente y veo la próstata en vez de un paciente, y digo: “Loco, ¿no tiene nombre no tiene apellido?, ¿cómo lo llaman un tumor de próstata al de la cama 8?, ¿cómo se llama el señor de la cama 8”, y había perdido el nombre, el lenguaje de codificación técnica de los oncólogos había hecho perder el nombre a los pacientes, y a mí me parece, no, estoy convencido, no me parece, que es un gran resentimiento, no de la humanidad, sino de la inmunidad, fijense qué diferencia esto, yo digo, lo humano no siempre es inmune, ¿por qué?, yo aparte de todo lo que creo que la gente enferma, creo que enferma en la relación, la enfermedad para mí está ligada al sufrimiento, entonces siempre planteo: “Córrese del lugar del sufrimiento, no sufra señora”, “Y pero yo estoy casada con un buen hombre”, dice la señora. “Y ¿cómo le va?”, “Y más o menos, pero es un buen hombre porque va sale de casa trabaja, no me engaña por lo menos eso es lo que creo, es buen padre con sus hijos, me da el dinero yo se lo administro”. “Y ¿cuál es su dificultad?”. “Y hace 30 años que no me habla”. “Ah, no ¿no le habla?. Ah, miércoles, y bueno ¿y usted que hizo?”. “Nada después un día dije no le voy a hablar por 10 días”. “Y ¿cómo le fue?”. “Mal”, “¿Por qué?”, “Porque no se dio cuenta”, entonces una debería diferenciar un concepto básico, que es que lo bueno no es lo que me hace bien necesariamente, hay un concepto que tiene que ver con lo bueno y otro con lo que me hace bien. Lo bueno es una condición de la moral, de la moral judeo cristiana, y lo que me hace bien es un concepto de la fisiología, y que es lo que me hace bien, cuando tenés una linda pareja, y cuando te brilla el pelo y tenés linda la piel, eh pero como va a pensar así, algo tan estúpido, pero bueno eso es un reflejo de la fisiología, cuando uno tiene una buena relación, cuando fisiológicamente estoy sano, cuando me ayuda a vivir, la fisiología no depende del otro, no, depende de uno, hasta las relaciones que enferman, y los hombres no somos como los animales o como los niños (que comparación amena), los niños tragan los que les gusta y escupen lo que no les gusta y nosotros masticamos años y años las broncas y no sabemos escupir como los niños, a lo mejor convivimos con una persona que no nos hace felices 40 años, 30 o 20, y cuando nos separamos volvemos a repetir la historia, ésa es otra cosa que pasa, la otra vez uno que estuvo en “Plan A” decía: “Se parecen tanto el segundo y el tercer matrimonio al primero” decía, un poco para joder, para perturbarlos un poco para generar otras cuestiones aparte decía: “Todos somos infieles, algunos de pensamiento” y era para desmitificar la cuestión de la estupidez, para que no haya esto de la moral.

3. La regulación

En este apartado, revisamos aspectos básicos que atañen a la entrevista, como son los turnos de intercambio y la generación de secuencias de inicio y de cierre (sección 3.1) para luego retomar

de la perspectiva de Blanchet (1985), el tipo de intervención efectuada, tanto por el entrevistador, como por el entrevistado (sección 3.2).

3.1: Turnos de intercambio. Secuencia de inicio y de cierre

En lo que atañe a las secuencias de apertura y de cierre, canónicamente, es el entrevistador quien asume a su cargo la primera de ellas, entre otras cuestiones, porque plantea la tópica de la entrevista, y comienza a preguntar, su función principal dado el género. Sin embargo, en este caso, quien abre la secuencia de inicio y, en consecuencia, la entrevista, es el propio entrevistado con un conector focalizado en la consecuencia (Portolés, 1998) “entonces”, como si, de alguna manera, existiera una conversación previa o comentario (que no ha sido tomado como parte de la entrevista) que, por otra parte, es señalado como próximo a quien habla (el entrevistado) a partir del uso del deíctico “esto”. La voz del médico se instala haciendo suya una tópica no explicitada e involucrando al entrevistador como interlocutor (“Si **vos** vas al médico”) a quien se interpela (“¿qué me está pasando?” ¿Qué pasó?”) en un doble sentido: preguntándole (lo cual invierte los roles propios de la escena genérica tal como se expresaría en la pregunta que cierra esta primera secuencia: “¿ustedes han ido al médico alguna vez?”); y estableciendo una orden a partir de la utilización de la modalidad deóntica (“**tenés que** ponerte a pensar”).

“M (entrevistado): Entonces, a lo que voy con esto, que, al rol activo del paciente que ha de devenir impaciente, que no sabe resignar. Si vos vas al médico, y te duele la cabeza (...) tenés que ponerte a pensar, ‘¿qué me está pasando?’ ¿Qué pasó? (...) ¿ustedes han ido al médico alguna vez?”

También es el médico quien cierra la entrevista, con lo cual, no da espacio a comentarios ni apreciaciones reflexivas conclusivas por parte de los entrevistadores. Su modo de culminar la entrevista resulta llamativo: vuelve a colocarse en un lugar “pedagógico”, pero ilustrando con un ejemplo del programa rosarino de debates sobre temas diversos, “Plan A”, emitido diariamente por Canal 3. Esta intertextualidad lo saca del discurso académico y lo remite al de un discurso de divulgación. Podríamos preguntarnos, ¿dónde quedó el poder médico? Tal vez la mención de la infidelidad, hacia el final, como una nueva tópica vinculada con todo lo conversado en la entrevista, sea la síntesis de, justamente, cuán “infelizmente” se ha comportado como entrevistado, cómo ha transgredido el género propio de la entrevista, aunque, en definitiva, también busca validar su lugar de entrevistador en el juego alusivo/ elusivo que consideramos propio de cualquier discurso (Fernández, 2012).

En lo que se refiere a los **turnos de intercambio**, de un **total de 14**, el **entrevistado** concentra **8 (57%)** y los **entrevistadores**, **6 (43%)**: 1-8 % para Carlos; 3- 21% para Guille; y 2 – 14% para Seba). Estas estadísticas, no harían más que mostrar cómo, de alguna manera, el entrevistado “detenta” el poder en el dominio del diálogo, pero, a nuestro juicio sólo resultan ilustrativas, puesto que el sentido de la toma de poder discursiva se plasma en el análisis de los tipos de intervención.

3.2: Tipos de intervención

Desde la perspectiva de Blanchet (1985), el tipo de intervención sólo es analizada en función de los entrevistadores. Nos ha resultado revelador adoptar los criterios propuestos por el autor pero a los fines de analizar no sólo las intervenciones de los entrevistadores, sino también la del entrevistado puesto que ambos se encuentran inmersos en este juego de regulación. Primero, nos referiremos a la conceptualización de los tipos de intervención (considerando, indistintamente, la posición de entrevistador o de entrevistado) (sección 3.2.a), para luego referirnos a cómo se distribuyen según los roles (sección 3.2.b)

3.2.a: Tipos de intervención

Los tipos de intervención, según Blanchet (1985) pueden asumir tres modos: el declarativo (que opera por adición o por extracción)- sección 3.2.a.1-; el interrogativo (sección 3.2.a.2) y el reiterativo (sección 3.2.a.3). En cada sección explicamos qué se entiende por cada una de estas modalidades y las ilustramos con ejemplos de la entrevista bajo estudio.

3.2.a.1: Modo declarativo

Este modo se utiliza para expresar el propio punto de vista sobre el discurso o sobre el discurso del otro. Como adelantamos, puede operar por adición, completando el discurso del entrevistado, o por extracción de contenidos del discurso del entrevistado. En el primer caso, el completamiento, a su vez, puede resultar conclusivo y generalizante, indicando que se ha comprendido y se confirma el interés que se tiene por el discurso producido por el otro. A modo de ejemplo:

“excluye la mente, el cerebro, y que vos pienses y tengas un rol activo en la cuestión de tu salud, y yo creo que uno tiene que ser un agente activo en la salud, esté enfermo o no esté enfermo, pero ahora estamos hablando en este caso de la enfermedad”

En este enunciado, el médico explicita su posicionamiento ante la “salud” cuya contracara resultaría la “enfermedad”, como podría interpretarse a partir de la utilización del conector antiorientado (Portolés, 1998) “pero”. La idea de agencia y actividad, de alguna manera, desdican el rol inherentemente “pasivo” que se adjudica a “paciente” (además de la orientación argumentativa hacia el padecimiento). Por otra parte, subyace la consabida dicotomía mente/cuerpo. La señal de “comprensión” del discurso del otro, en este caso, se establece a partir de la apelación al interlocutor a través del pronombre “vos” de quien, sin embargo, se predica la postura del propio locutor, desde un lugar no fáctico (uso del modo subjuntivo: “pienses”, “tengas”), contrariamente a lo que ocurre cuando el médico hace suya esta creencia (modalidad epistémica: “creo”) que culmina en la deóntica (“tiene que”).

3.2.a.2: Modo interrogativo

Este modo, propio de la entrevista, apunta a pedir explícitamente el punto de vista del otro sobre un tema dado.

“queríamos acercar una pregunta, con respecto a vos que te hizo, eh, lo que te hizo, no sé, o ponerlo ahí a ese ejemplo, o...”

En este ejemplo, el entrevistador no llega a formular la pregunta, de tal modo que no se construye como tal (un ejemplo claro de esto estaría dado por la disyunción final que permanece abierta, es decir, sin que logre oponer términos algunos), dejando aún más espacio al discurso del médico.

“Seba (entrevistador 2): ¿El deseo es siempre constructivo?”

“...cómo, ¿cómo se relaciona con su deseo, en qué forma desea?”

Éstas son las únicas preguntas que se formulan clara y concretamente. Como vemos, por parte de los entrevistadores, quienes, dado el género y el rol, deberían dominar con solvencia la modalidad interrogativa, existiría una suerte o bien de “impericia” discursiva, o bien de vacilación frente al papel enunciativo que les toca jugar. No acontece lo mismo en el caso del entrevistado, como analizaremos en el apartado 3.2.b.

3.2.a.3: Modo **reiterativo**

A partir de este modo, se refuerzan ciertas temáticas que el otro hubiera realizado en su discurso, que es escuchado e interpretado. Supone una reformulación.

“Carlos (entrevistador 1): No, a mí me llama la atención sobre todo eso que has dicho de que tenías una familia de médicos, eh, y nosotros habíamos leído en la página que vos nos habías dado, una historia de lo que supusimos que era tu abuelo, o un abuelo, un abuelo de alguien que venía acá, y ahí mostraba, un señor que en teoría había fumado desde los 14, 13 años, como compay segundo, una cosa así, hasta de grande y que sí no se veía una persona sufrida ni con ese dolor de la enfermedad, entonces nos acercamos a pensar lo que podía ser, por tu familia o algo parecido”

En este caso, la mención de la familia del entrevistado pone en funcionamiento el modo repetitivo por extracción, escenificada a partir de la intertextualidad con una fuente no ofrecida por el entrevistado (“habíamos leído...”). El entrevistador con su relato, de algún modo, “condiciona” las respuestas del entrevistado al colocarlo en una genealogía de médicos que, también puede suponer una estrategia de verosimilitud realista (Hamon, 1982), con lo cual, ya desde el propio entrevistador, se supone la veracidad de los dichos del entrevistado. No ocurre lo mismo cuando otro entrevistador, Seba, en donde el modo reiterativo se utiliza a los fines de reforzar la tópica propuesta por el entrevistado:

“Seba (entrevistador 2): Del deseo.”

Tras esta breve ejemplificación de los modos de intervención, en la próxima sección abordamos su distribución, prestando especial interés a la caracterización y significación del modo interrogativo.

3.2.b: Distribución de los modos de intervención

Los tipos de intervención se hallan distribuidos de manera que impera el modo **interrogativo** (33 casos: **59%**), seguido del **reiterativo** (13 casos: **23%**) y del **declarativo** (10 casos: **18%**)

⁴. Si atendemos a cada uno de ellos en función de cómo son ejercidos por el entrevistado y los entrevistadores, podemos sintetizar la información en el siguiente cuadro:

MODO	ENTREVISTADOR	ENTREVISTADO
DECLARATIVO ⁵	1 10%	9 90%
INTERROGATIVO ⁶	4 12%	29 88%

⁴Sobre un total de 56 modos de intervención.

⁵ Sobre un total de 10 casos.

REITERATIVO ⁷	3 23%	10 77%
--------------------------	-----------------	------------------

Más allá de estos datos, y en relación con el modo interrogativo que, esperaríamos, tuviera mayor incidencia entre los entrevistadores, es precisamente este rasgo, el de hallarse básicamente en la voz del entrevistado, lo que nos condujo a reflexionar en torno de las características particulares que el mismo asume en el discurso del médico psiquiatra. Por una parte, cabe recordar que por cuestiones profesionales, el entrevistado se encuentra habituado a “preguntar”, sin embargo, su especialidad dentro de la medicina, lo haría también sensible a “escuchar”, aspecto que no parece darse en este caso, ya desde el fenómeno de que es quien abre la secuencia de inicio, sin esperar pregunta inicial alguna por parte de los entrevistadores. A continuación, analizamos las características en que el modo interrogativo opera en el entrevistado.

3.2.b.1: En un sentido deóntico:

Tal como ya viéramos, el entrevistado utiliza la pregunta como una forma de generar una orden hacia sus entrevistadores, lo cual lo coloca en una posición explícita de toma del poder.

“**tenés que** ponerte a pensar, ¿qué me está pasando?”

3.2.b.2: Como interpelación directa a los entrevistadores:

La interpelación directa a los entrevistadores se produce en enunciados tales como:

“¿ustedes han ido al médico alguna vez?”

Por momentos, esta interpelación se torna casi una excusa que coloca en un lugar de “minusvalía” intelectual a los entrevistadores como se plasmaría en el enunciado correctivo encabezado por “sino” que supone la existencia de una negación metalingüística (García Negroni y Tordesillas Colado, 2001)⁸, por lo cual, en el discurso superficial se alude a la posibilidad de que “algo” se les ocurra a los entrevistados y, en consecuencia, pregunten, pero, lo que se elude (Fernández, 2012) es, precisamente, la incapacidad para ello cuyo rastro podemos leer en la negación metalingüística.

“¿quieren preguntarme algo?, **sino** yo sigo hablando, si se les ocurre algo digan.”

⁶ Sobre un total de 33 casos.

⁷ Sobre un total de 13 casos.

⁸ Las negaciones pueden ser: descriptivas, polémicas o metalingüísticas. Siempre se parte del principio de que tras una negación, subyace un enunciado afirmativo. Ahora bien, la cuestión es cómo se vincula el enunciado negativo con dicha afirmación. En el caso de la negación descriptiva, se trata de una derivación delocutiva de dicha afirmación (Ej: no fumo). Cuando nos hallamos frente a una negación polémica, se plantea la supervivencia del enunciado afirmativo, pero en algún otro contexto temporal, de lugar, etc. (Ej. No fumo más). En cambio, en la negación metalingüística, que puede o no llevar enunciado correctivo, lo que precisamente se diluye es la posibilidad de permanencia del enunciado afirmativo (ej. Nunca fumé)

La negación de la capacidad de ocurrencia y de preguntar que el médico adjudicaría a los entrevistadores parece contraponerse a su propia capacidad para detentar el discurso, como lo demostraría la forma iterativa y durativa seguir + gerundio (“sigo hablando”) que, pese a que nuestra lengua no requiere la presencia del sujeto gramatical, es acompañada por un “yo” que es sostenido a lo largo de toda la entrevista.

3.2.b.3: Como pregunta retórica:

La pregunta retórica, de algún modo, expresa la supremacía de quien la formula sobre el interlocutor: en la superficie se alude a un no saber (por lo cual se interroga) cuando, en lo profundo, se elude un saber que luego se explicita:

“pero el grado de locura me alcanza como para estar convencido de lo que planteo, entonces ¿saben lo que aparece?”

“si uno cree que está enfermo y se va a morir, tiene más chance de morirse, ¿por qué?, como la creencia se transforma en creación”

“yo digo, lo humano no siempre es inmune, ¿por qué?, yo aparte de todo lo que creo que la gente enferma, creo que enferma en la relación, la enfermedad para mí está ligada al sufrimiento”

“Pero: ¿qué pasa?, hasta las relaciones que enferman, y los hombres no somos como los animales o como los niños (que comparación amena), los niños tragan los que les gusta y escupen lo que no les gusta y nosotros masticamos años y años las broncas y no sabemos escupir como los niños”

En algunas ocasiones asume, además de esta característica, la interpelación directa a los entrevistadores como un modo de validar el propio discurso:

“Ahora, en una época explicaban todo con la virosis, decían es un virus, ya nadie le creo lo de los virus, porque no los demuestran ¿no?”

“y pasa que a veces no es fácil contactar con el deseo. ¿Por qué? Muchos de nosotros pensamos con los sí, eso lo dice la metafísica, pero también muchos de nosotros pensamos con los no y aparte los casamos entre sí, pero es otra historia, el pensar con los no, parecería que el cerebro no tiene registro de los no, entonces, por ejemplo me dicen: ‘no quiero sufrir, no quiero envejecer, no quiero ser pobre, no quiero que me vaya mal, no quiero que me pase tal cosa’”

Esta cita resulta “inquietante”. Intentaremos su análisis. El médico parte del señalamiento de una dificultad que tampoco asume como propia, ya que la “diluye” en un “nosotros inclusivo” (Benveniste, 1974) – “pensamos”, “casamos”. El “sí” parece asociarse con el deseo (puesto en la autoridad de la “metafísica”, como lo indicaría el uso del deíctico “eso”); y el “no”, con su ausencia. Sin embargo, esta dicotomía se pondría en tela de juicio al sostener que de él, el “cerebro no tiene registro”, lo cual aparecería justificado por los dichos de los pacientes evocados en el discurso médico que, en la negación, afirmarían el deseo. Esta suerte de “ambivalencia” es “capturada” por los entrevistadores quienes, en sus escasas intervenciones, vuelven sobre tal noción en dos ocasiones.

“Yo le he dado clase a los oncólogos y se reunían y decían: ‘Bueno vamos a ver al paciente de la cama 8. Bueno el paciente de la cama 8, es un tumor de próstata grado 3, ¿qué quimio le damos?’. Y yo miraba así al paciente y veo la próstata en vez de un paciente, y digo: ‘Loco, ¿no tiene nombre no tiene apellido?, ¿cómo lo llaman un tumor de próstata al de la cama 8?, ¿cómo se llama el señor de la cama 8’”

En esta última cita resulta particularmente interesante que se apele a los entrevistadores con el vocativo “loco” puesto que, el propio entrevistado se adjudica a sí mismo un “grado de locura” que, lejos de ser índice de irracionalidad, lo es de convicción y certeza, como se lee en la primera cita. Es decir, se trata de una estrategia persuasiva que pasa por adjudicar la misma calificación (Charaudeau, 2009.b) para sí y para sus entrevistadores que, de este modo, quedarían bajo su égida.

3.2.b.4: Para validar la estrategia interrogativa:

“¿Qué pasa?, como yo estoy siempre preocupado por las cuestiones de la salud y de la enfermedad, eh (...) Y me agarré el hábito de preguntarle a la gente. Entonces comencé a juntar historias de salud”

En esta cita resulta clara la estrategia de validar la pregunta por parte del entrevistado. Lo interesante, es que la misma se asocia, luego a una práctica propia de las ciencias sociales, como es el “juntar historias” (y no olvidemos que los entrevistadores son alumnos de antropología). Esto se conecta con el aspecto que analizamos en el ítem siguiente.

3.2.b.5: Como forma de posesionarse como entrevistador:

La interrogación erige al entrevistado en entrevistador y, como adelantamos, lo perfila como próximo al quehacer de las ciencias sociales, más allá del específicamente médico. Resulta interesante que el propio psiquiatra realice una evaluación de esta actividad a partir del uso de una modalidad epistémica (“creo”) que, en tanto tal, alude a una duda, pero, en cuanto se expresa en el modo indicativo, elude una certeza:

“yo **creo** que una de las preguntas más agresivas que le hago a la gente es ‘¿qué es lo que usted desea?’ ‘Y qué sé yo, loco, paz, amor, felicidad’”

Esta inicial “creencia”, una vez puesto en el rol de entrevistador, es verosimilizada en un sentido realista (Hamonn, 1982), lo cual se escenifica (Maingueneau, 2004) a partir de la cita textual de la entrevista realizada a un paciente. De esta manera, se otorga “verdad” al discurso y el médico valida su enunciación:

“‘Abuelo, tenía 104 años y vivió solo en el monte en Salta’. ‘¿Cómo hizo para llegar a 104 años?, ¿se cuidó del sexo?’. ‘No, no, he tenido hasta con las cabras’ dice. ‘¿Y se cuidó del alcohol?’. ‘He chupado toda la vida’. ‘¿Y se cuidó del pucho?’. ‘He fumado hasta dormido. Entonces dos cosas, siempre hice lo que quise y al monte no llegan los médicos’”

Esta estrategia culmina en la instrucción del paciente, expresada a través del modo imperativo (“córrase”)

“‘Córrase del lugar del sufrimiento, no sufra señora’, ‘Y pero yo estoy casada con un buen hombre’, dice la señora. ‘Y ¿cómo le va?’, ‘Y más o menos, pero es un buen hombre porque va sale de casa trabaja, no me engaña por lo menos eso es lo que creo, es buen padre con sus hijos, me da el dinero yo se lo administro’. ‘Y ¿cuál es su dificultad?’. ‘Y hace 30 años que no me habla’. ‘Ah, no ¿no le habla? Ah, miércoles, y bueno ¿y usted qué hizo? ‘Nada después un día dije no le voy a hablar por 10 días’. ‘Y ¿cómo le fue?’. ‘Mal’. ‘¿Por qué?’. ‘Porque no se dio cuenta’”

4.Las relaciones de fuerza

Valoramos este aspecto en función de la eficacia de las intervenciones (Blanchet, 1985) que resultan indicativas de la distribución de poderes. Entre ellas, la autora señala que la eficacia puede darse a nivel temático (4.1), expresivo (4.2) o reflexivo (4.3).

4.1: Nivel **temático**:

Se caracteriza por redefinir un nuevo campo de discurso. Resulta interesante que la eficacia no se dé en relación con este aspecto, es decir, el entrevistado nunca llega a redefinir un nuevo campo del discurso. Todas las intervenciones que los entrevistadores realizan no hacen más que operar a nivel expresivo y reflexivo, pero siempre en torno del discurso que se ha detentado. De algún modo, esto indicaría hasta qué punto el entrevistado sostiene su saber (y, en consecuencia, su poder) y cuán asimétrica resulta la relación con los entrevistadores.

4.2: Nivel **expresivo**:

En este nivel, se incita a continuar con el discurso a través de intervenciones que pueden ser:

- **Iniciativas:** favorecen una suerte de exhaustividad del discurso subrayando lo que podría parecer incompleto, o insuficientemente abordado, tal como observamos en el ejemplo que sigue:

“E (entrevistador) ¿El deseo es siempre constructivo?”

M (entrevistado): Sí, el deseo es constructivo, aún los deseos más egoístas son constructivos, el deseo siempre es constructivo”

- **Deductivas:** favorecen la coherencia del discurso, son básicamente las anticipaciones, las complementaciones y los pedidos de explicación

En el ejemplo que sigue, el entrevistador retoma y le recuerda al entrevistado la tónica sobre la cual están hablando, lo cual supone, el mantener la coherencia en el discurso y una búsqueda de completamiento de la información:

“E (entrevistador): Del deseo.

M (entrevistado): Qué importante es contactar con lo que uno desea, que cada uno de nosotros sepamos lo que deseamos”

La actitud del médico consiste en retomarla y cumplir con la expectativa a la que apuntaba la intervención del entrevistador a quien involucra en un nosotros inclusivo (Benveniste, 1974), aunque lo hace de un modo particular al utilizar el adjetivo “cada” que supone no simplemente un conjunto de sujetos, sino la individualidad de los mismos.

4.3: Nivel **reflexivo**:

Lleva a quien tiene la palabra a posicionarse en relación con su propio discurso, a cuestionarlo, sostenerlo, evaluarlo, interviniendo sobre el contenido del discurso, su sentido, y produce un efecto de profundización del nivel expresivo. Las intervenciones tienen por objeto ya no el mantenimiento de la linealidad del discurso, sino el discurso en sí mismo. Lo que se dice provoca cuestionamientos y reflexión. En el ejemplo que sigue, la reflexión se alcanza, pero no por intermediación del entrevistador, sino como una auto reflexión que se basa en la intertextualidad con las voces de los pacientes del propio entrevistado:

“parecería que el cerebro no tiene registro del no, o sea que no se inscribe como posibilidad cuando uno dice ‘no quiero, no quiero’, sí se inscribe, lo que uno dice como sí, lo que uno afirma, por ejemplo me dicen ‘quiero ser joven’, no dicen ‘no quiero ser viejo’, dicen ‘quiero ser joven’, o sea todo lo afirmativo parece que tiene registro cerebral y lo que se inspira en el no, no tiene registro cerebral, por lo cual tiene menos chance, en la película”

Si bien el enunciado apela a una doble modalidad epistémica, por la elección léxica del verbo “parecer” en modo potencial (no fáctico), la negación descriptiva (García Negroni y Tordesillas Colado, 2001) en juego supone la supervivencia del enunciado asertivo (el cerebro tiene registro del no) que, a su vez, y a modo de discurso didáctico, es reformulada por el reformulador explicativo (Portolés, 1998) “o sea” en una nueva negación descriptiva en la que podemos reiterar la estrategia anterior: la subyacencia del enunciado afirmativo (el no se inscribe como posibilidad) Tras toda esta operatoria, se pierde la doble modalidad epistémica del inicio para restringirse al “parece”, seguido de enunciados en modo indicativo, es decir, cierto (“tiene”, “se inspira”)

Cuando, finalmente, el entrevistado se muestra susceptible a la intervención del entrevistador (“¿El deseo es siempre constructivo?”), es para negarla con un reformulador rectificativo (Portolés, 1998), “en realidad”, que, surge en el contexto de una relación causal, pesquisable en la presencia del conector focalizado en la causa (Portolés, 1998), “porque”: la causa, asociada, primero, al “deseo” es reformulada como “acción”, es decir, el objeto convocado por el entrevistador es permutado. Nuevamente, utilizando la estrategia del discurso didáctico, el entrevistado sostiene su argumento a partir de un ejemplo (“cuando un adulto viola a un niño...”) que lo conduce a la negación metalingüística (García Negroni y Tordesillas Colado, 2001) – “eso no está al servicio de **nada**”⁹- con un enunciado correctivo (“es del orden de la perversión”/ “sino de las perversiones”)

“Pensando tu pregunta, no en realidad, no porque hay deseos que no, no, o acciones más que deseos, acciones que no tienen que ver con lo constructivo, cuando un adulto viola a un niño, no sé si eso es constructivo, en general eso no está al servicio de construir nada, es del orden de la perversión, ni siquiera de la locura sino de las perversiones, entonces, no”.

La reflexión y reformulación de la noción de deseo, finalmente, aparece “relativizada” a partir del uso del conector antiorientado (Portolés, 1998) “pero”¹⁰:R₁₀: El deseo (p₁₀) toma diferentes caminos (q₁₀) R₁₁: Los caminos del deseo (p₁₁) no siempre son adecuados (q₁₁)

⁹ Notemos, por otra parte, que lo referenciado no se expresa como próximo al yo, sino al tú como la atestigua el uso del deíctico “eso”.

¹⁰ Se trata de un típico “pero” que requiere de la reconstrucción de redes causales (Fernández, 2009). De este modo, partimos del enunciado propuesto por el entrevistador, pero en sentido afirmativo:

R₁: Todo deseo (p₁) es siempre constructivo (q₁)

La restricción a la que se apela primero es de tipo temporal y afecta al cuantificador:

R₂: Algunos deseos (p₂) no son constructivos (q₂)

Esta regla es luego se restringe por una doble operatoria: la que supone una especificación del tipo de deseo (R₃) y la que luego cambia el concepto de deseo mismo a través de la recalificación del ejemplo (la violación de un niño) citado (R₄ y R₅):

R₃: La violación de un niño (p₃) no es constructiva (q₃)

R₄: La violación de un niño (p₄) no es un deseo (q₄)

5. La significación de los objetos

A fin de exponer el tratamiento de la significación de objetos, primero, escogimos cuáles de ellos nos resultaban más relevantes a fin de construir isotopías apelando, dentro del proceso de semiotización (Charaudeau, 1994), a las operaciones de identificación¹¹ y de **calificación**¹². La primera de estas isotopías toma la oposición salud/ enfermedad (sección 5.1); la segunda, paciente sano/ paciente enfermo (sección 5.2); la tercera, medicina clásica/ otras medicinas (sección 5.3); la cuarta, médico entrevistado/ otros médicos (sección 5.4). Finalmente, y en función de ser una tópica relevante en la entrevista, analizamos la construcción de la noción de deseo (sección 5.5). En todos los casos, ofrecemos un cuadro en el que sistematizamos los sustantivos y/o construcciones sustantivas (que se corresponden con la operación de identificación) con sus respectivos adjetivos y/o construcciones adjetivas (que se vinculan con la operación de calificación) a los fines de ilustrar grupos de opuestos que luego dan pie a nuestra interpretación.

5.1: Salud/ Enfermedad

Esta oposición puede organizarse en siete grupos, dado que una serie de identificaciones son compartidas en ambos términos de la dicotomía. El primer grupo alude a elementos

R₅: La violación de un niño (p₅) es una acción (q₅)

En el caso de R₅, lo que se plantea, es una reserva (Lo Cascio, 1991) puesto que cambia la fuente de garantía: pasa de la voz del psicoanálisis, a la voz de la ley.

Una vez planteada esta reserva, que supondría la ubicación del “la violación de un niño” en el ámbito de la acción legal (y por tanto punible) sería necesario formular otra regla:

R₆: Toda acción (p₆) es pasible de ser juzgada por la Ley (q₆)

De lo que se deduce:

R₇: La violación de un niño (p₇) es juzgable por la ley (q₆)

De algún modo inconsciente, tal vez, esta idea es percibida por el médico quien, para interponer un contraargumento, y cambiar nuevamente, la regla, retornando a la voz psicoanalítica del deseo:

R₈: Todo deseo (p₈) debe canalizarse (q₈)

R₉: Todo deseo canalizado (p₉) es constructivo (q₉)

Se arriba a la conclusión contraria a la prevista por la R₉, ya que, aún concebido como “deseo”, la “violación de un niño” no es constructiva (-q₉)

De este modo, el locutor tendrá que interponer una nueva reserva (Lo Cascio, 1991) que le permita justificar por qué una acción como la violación de un niño, concebida como deseo, y no como acción, puede ofrecer dudas en cuanto a su valoración.

¹¹ Esta operación consiste en el señalamiento de objetos y seres en el mundo a significar. Las elecciones léxicas que se hagan para ello resultan siempre significativas y suponen una orientación argumentativa.

¹² Esta operación consiste en calificar los objetos o seres que previamente se han designado. Supone una predicación que también cumple como función orientar argumentativamente. Deseamos aclarar que, pese a que en este artículo no nos hemos referido a otra de las operaciones del proceso de semiotización, la acción, la calificación puede también referirse a ella.

directamente vinculados con la salud, ya sea para reestablecerla (Ibupirac) o para construirla bajo el rótulo de “cosas rápidas”; y con la enfermedad que, directamente se opone a la inmediatez de la primera (algo un poco más complicado) y deviene un “problema”. Es interesante notar que a ello se asocian las virosis en general pero, en particular, el “sida”. En cualquier caso, se está construyendo la noción de la salud y de la enfermedad, desde la lógica del “cuerpo”, pese a que, como en tantas oportunidades argumenta el psiquiatra, la medicina ha “excluido” la mente. Ella es recuperada con los otros dos grupos de oposiciones que continúan¹³. En la primera, que para la representación de la salud, sigue centrando el discurso en el orden biológico (inmunidad, proceso de defensa del organismo), se opone el orden de lo psíquico metaforizado en el “camino de los miedos” (luego resueltos, en el segundo grupo, con el término propio de la psiquiatría: “pánico”, al cual se oponen, desde la perspectiva de la salud, dos estados psicofísicos: el agotónico o de relajación). Luego hallamos una serie que genera sólo isotopía con la enfermedad, a la que no se opone nada en cuanto a la salud, lo cual recortaría con bastante precisión aquellos elementos que la construyen, a saber: síntomas, señales, inminente destrucción, cáncer, cagaso, stress. Dicha enumeración puede comprenderse desde una suerte de origen (los síntomas y señales) que culminaría en la idea de la “inminente destrucción”¹⁴ cuya expresión biológica se encontraría en el “cáncer”¹⁵ y psicológica, en el “cagaso” y el “estrés”. La otra serie que entra en isotopía con la noción de salud comienza con el orden de lo biológico en el que, no obstante, el acento se pone en la nominación misma (“palabra genética”, no simplemente “genética”) que luego es reelaborada en una serie de disyunciones: dios o el devenir humano o los astros, todos elementos cuya “instrumentación” se torna una “bardo”, una “mentira” y un “verso”, con lo cual, los términos que constituían esta isotopía resultan, finalmente, degradados y desdichos por la misma isotopía. A estas nociones vinculas con la salud se contraponen, por el lado de la enfermedad, no una como tal, como hubiera sido si se mencionara al “síndrome de down”, sino el propio sujeto que lo padece (chico down) quien queda encuadrado e identificado, no como sujeto, sino subsumido en el contexto de la “alteración cromosómica”¹⁶. Este listado de enfermos y enfermedades culmina con la “parafrenia” para luego seguir con otra serie arquetípica de causa de enfermedad: sexo, alcohol, pucho. En una nueva serie, se asocia la salud con el “empoderamiento” (que es reformulado, en un gesto didáctico, para su mejor comprensión como “situación de poder”) que, finalmente, termina en “lo humano” cuya contrapartida, del lado de la enfermedad, deviene “lo inmune”.

Nos dedicaremos a comentar especialmente, aquellas identificaciones que participan en ambos términos de la oposición salud/ enfermedad, a saber: virus, estructura, creencia e inmunidad. Quizás las más propicias para hallarse en ambos extremos de la isotopía sean la estructura y la creencia. En especial, ésta última es asumida por el médico como generadora, tanto de salud como de enfermedad, en tanto se sustenta en “creencias”. En cuanto a la “inmunidad”, su adscripción al ámbito de la salud parece más que lógico, pero, por qué se halla asociado a la enfermedad: esto ocurre en tanto la misma aparece en el enunciado correctivo de una negación metalingüística (García Negroni y Tordesillas Colado, 2001): “me parece, que es

¹³ La exposición de las mismas se efectúa en función del orden en que aparecen en el texto puesto que ello también nos resulta relevante.

¹⁴ Y notemos la realización (García Negroni, 1995) que supone el adjetivo “inminente”, que no deja ninguna posibilidad de sanación, como hubiera ocurrido de utilizarse una calificación como “posible”.

¹⁵ Advirtamos que la proximidad sintáctica y semántica entre “inminente destrucción” y “cáncer” nos conduce a leer a esta enfermedad del modo más trágico e irreparable.

¹⁶ Con lo cual no deja de ser otro ejemplo más sutil del criticado por el propio médico cuando se refiere a sus colegas, los oncólogos, quienes se “olvidan” del paciente para hablar de “un tumor de hígado grado 3”.

un gran resentimiento, no de la humanidad, **sino** de la inmunidad”, por la cual el nuevo marco del “resentimiento” resulta la “inmunidad”. De este modo, un término que, primeramente fuera vinculado a lo emocional, culmina en el orden de lo biológico.

SALUD	ENFERMEDAD
<p><u>Ibupirac</u></p> <p><u>cosas rápidas</u></p> <p><u>inmunidad</u></p> <p><u>proceso de defensa del organismo</u></p> <p><u>estado agotónico</u></p> <p><u>estado de relajación</u></p> <p><u>palabra genética</u></p> <p><u>dios o</u></p> <p><u>devenir humano</u></p> <p><u>astros</u></p> <p><u>instrumentación</u></p> <p><u>bardo</u></p> <p><u>mentira</u></p> <p><u>verso</u></p>	<p><u>algo un poco más complicado</u></p> <p><u>Problema</u></p> <p><u>Virosis</u></p> <p><u>sida relativo</u></p> <p><u>camino de los miedos</u></p> <p><u>pánico</u></p> <p><u>síntomas</u></p> <p><u>señales</u></p> <p><u>inminente destrucción</u></p> <p><u>cáncer</u></p> <p><u>cagaso</u></p> <p><u>stress</u></p> <p><u>chico down</u></p> <p><u>alteración cromosómica</u></p> <p><u>parafrenia</u></p>

Empoderamiento situación de poder lo humano	<u>Sexo</u> <u>alcohol</u> <u>pucho</u> <u>lo inmune</u>
<u>VIRUS</u> <u>ESTRUCTURA</u> <u>CREENCIA</u> <u>INMUNIDAD</u>	

5.2: Paciente sano/ Paciente enfermo

Tras dirimir las isotopías correspondientes a la oposición salud/ enfermedad, hallamos una serie que involucra la concepción del paciente en general, para luego abordarlo desde aspectos metonímicos. El “rol activo” supone la negación lexicalizada de la propia concepción de paciente (“**impaciente**”). Su opuesto deviene el “loco **internado**”. Las calificaciones en juego del contrapunto activo/ internado merecen una reflexión: la “actividad” se predica, no de un sujeto, sino del “rol”, en tanto que la “internación” es referida a un sujeto. La utilización de un participio pasado pasivo, en tal caso, supone la existencia de un agente que interna y un destinatario de tal internación que, por ello, queda sumido en un rol pasivo. La negación lexicalizada “**impaciente**” resulta, por tanto, signo de salud a la que se oponen la falta de deseo, contacto, proyección, futuro y pasado. Si nos detenemos en esta enumeración, podremos observar una suerte de relación causal implícita entre la ausencia de deseo, lo que conduce a la falta de contacto (a la que entendemos como parte de las relaciones interpersonales) que, finalmente, derivaría en la anulación de la temporalidad. La otra serie de isotopías (responsabilidad y construcción) devienen como consecencial del “rol activo” del “impaciente” y, en tanto tales, anulan, en la segunda serie de oposiciones, a las identificaciones propias del paciente enfermo que se ve aquejado de una “clausura del deseo”. Cabe destacar que en este cuadro, hemos incluido las identificaciones que operan por metonimia a los fines de ilustrar la oposición. Por una parte, el paciente sano es identificado a partir del “cerebro”; en tanto que en el caso del enfermo, se utilizan dos identificaciones (cerebro y mente), ambas calificadas del mismo modo (excluido). La identificación común a partir del órgano, nos remite al paradigma biologicista, sin embargo, en relación con la enfermedad, se agrega la “mente”, entidad no vinculada a dicho paradigma, es decir: si la salud sí se asocia con el cuerpo, la enfermedad lo hace con el cuerpo y la mente que, no obstante, surgen como “excluidas”. En otra serie hallamos que el proceso metonímico es, precisamente, el que garantizaría la situación de enfermedad al subsumir al “señor de la cama 8” en un “tumor de próstata grado 3”. Esta “parcialización” del sujeto, de algún modo, es la que “enferma”. Ahora bien, resulta interesante preguntarse por qué

cuando la “sectorización” se asocia con el “cerebro” no ocurre esto. Podríamos alegar que lo “patológico” ya está presente en la elección léxica por “tumor”, pero, no puede desdeñarse que el mismo afecta a la “próstata” que nos orienta, argumentativamente, a lo masculino (de allí la oposición con el término “señor” que deja en claro la cuestión de género, distinto si se hubiera escogido “paciente”)

PACIENTE SANO	PACIENTE ENFERMO
<u>rol activo</u> impaciente <u>responsabilidad</u> <u>construcción</u>	<u>loco internado</u> <u>SIN deseo/ contacto/ proyección/ futuro /pasado</u> <u>clausura del deseo</u>
METONIMIAS DE PACIENTE: <u>Cerebro</u>	<u>cerebro excluido</u> <u>mente excluida</u> <u>un tumor de próstata grado 3¹⁷</u>

5.3: Medicina clásica/ Otras medicinas

En esta entrevista, otra de las oposiciones a analizar es la que se produce entre la medicina clásica (así identificada y calificada por el propio psiquiatra) y otras medicinas, cuya primera asociación se establece con la metafísica. A esta primera serie, se opone una segunda que, del lado de la medicina clásica, coloca a “lo bueno” distinguiéndolo de “lo que me hace bien”. Notemos que la construcción sintáctica correspondiente al paradigma de la medicina clásica, se construye a partir de la sustantivación de un adjetivo a partir del artículo neutro “lo”. De algún modo, ello supone un distanciamiento, propio de un discurso moral, lo cual se relaciona, precisamente con los otros dos miembros de la isotopía (“condición moral” y “moral judeo cristiana”) Esta característica moralizante contrasta con su opuesto “lo que me hace bien” que asume una forma personal a partir de una micronarración con un narrador autodiegético en focalización interna (Genette, 1987). En otra serie referida a la medicina clásica, se encuentra la “fisiología”, a la cual, llamativamente, no se opone nada. ¿Es, acaso que otras medicinas excluyen el cuerpo, como la clásica excluía la mente? De cualquier modo, parece que lo que no puede expresarse es la convivencia de ambos aspectos: físico y psíquico.

MEDICINA CLÁSICA	OTRAS MEDICINAS
<u>Medicina clásica</u>	<u>Metafísica</u>

¹⁷ Esta metonimia se opone a “señor de la cama 8”.

<p><u>Lo bueno</u></p> <p><u>condición de la moral</u></p> <p><u>moral judeo cristiana</u></p> <p><u>concepto de la fisiología</u></p>	<p><u>lo que me hace bien</u></p>
--	-----------------------------------

5.4: Médico entrevistado/ Otros médicos

En esta oposición primera, la identificación apela a la genealogía (familia de médicos) lo cual, desde la perspectiva de Hamon (1982), no sólo genera una verosimilitud realista en el discurso, sino que supone la inclusión del individuo en una serie “prestigiosa”¹⁸. Es interesante que tal operación haya sido puesta en la voz de los entrevistadores y no del entrevistado puesto que supondría un otorgamiento de poder y saber inicial que, con lógica, el médico retoma como parte de su estrategia general. De este modo, el propio entrevistado puede definirse como “preocupado por las cuestiones de la salud y de la enfermedad”. La forma de verbal del participio (“preocupado”) instala al entrevistado como agente de una actividad que orienta argumentativamente a pensar en la reflexión, la conciencia en la profesión, es decir, un “auténtico” profesional que se involucra con sus objetos de estudio, la “salud” y la “enfermedad”. Ello parece habilitar nuevamente, desde un microrrelato (“que yo recibí”), a un narrador autodiegético (Genette, 1987), que, en una segunda serie de isotopías, se ubica como gestor de “relatos” e “historias de salud”¹⁹. Los mismos, pueden ser vinculados con las “preguntas más agresivas”²⁰ que, no obstante y en pro de crear una autoimagen benévola, el entrevistado culmina inscribiendo, primero, en el ámbito de lo “espiritual”²¹ y, luego, en otra serie de isotopías, del “amor”. En esta serie, el entrevistado produce una oposición entre el “amor elevado” y el “amor más primitivo...” al que circunscribe al ámbito del pasado (“era”) aunque, por el uso del aspecto durativo del verbo, podríamos sospechar de sus subsistencia en el presente. Este amor “primitivo” es especificado como “más distintivo, más egoísta, más vil”. Las calificaciones se encuentran en todos los casos, realizadas (García Negroni, 1995) a partir del adverbio “más”, como así también su opuesto (“más elevado”). No obstante, podemos hallar un fenómeno de gradualidad “in crescendo” a partir de la enumeración: lo “distintivo” (que podría aludir al género humano sin sesgo peyorativo), lo “egoísta” (que nos orienta argumentativamente hacia un disvalor) para culminar en lo “vil” (que agudiza el sesgo inmoral que intuíamos en el término precedente). El amor asume, a su vez, ciertos espacio de “arraigo” que se ofrecen como hemos sostenido en otras ocasiones (Fernández, 2011), en topus simbólicos desde los cuales se enuncia el origen que, en este caso, abre y cierra con la figura de “Dios” (alfa y omega de la enumeración, precedido en su culminación, por el “hombre”), pasando por otras creencias más científicas con la alusión al “Big- Bang”, en versión menos

¹⁸ A la serie familiar, se opone la propia de los médicos con la identificación de los “oncólogos”.

¹⁹ Y no de “política”, como aparece en la oposición en relación con los otros médicos.

²⁰ La oposición a ellas resulta la “ignorancia”, lo cual nos permite una relectura de las “preguntas” en términos de “conocimiento”.

²¹ A este ámbito de la espiritualidad, se oponen las “razones”.

académica, con el “universo” y el “cosmos”. Desde allí, se “baja”, progresivamente y en un sentido de inclusión de lo más cercano a lo más abarcador, al “barrio”, al “pueblo”, al “país”, al “mundo”.

MÉDICO ENTREVISTADO	OTROS MÉDICOS
<u>familia de médicos</u> <p>preocupado por las <u>cuestiones de la salud</u> y de la <u>enfermedad</u></p> <u>historias de salud</u> <u>relatos</u> <u>preguntas más agresivas</u> <u>grupo espiritual</u> <u>trabajo espiritual</u> <u>enseñanza que yo recibí</u>	<u>Oncólogos</u>
<u>rayos del amor amor más primitivo</u> , que era el <u>amor más distintivo, más egoísta, más vil</u> <u>amor más elevado</u> <u>amor a Dios, al universo, al Big Bang, al cosmos</u> <u>volutividad</u>	<u>política</u> <u>ignorancia</u>
<u>barrio</u> <u>pueblo</u> <u>país</u> <u>mundo</u> <u>hombre</u> <u>a Dios</u>	<u>razones</u>

5.5: **Noción de deseo**

Esta concepción se organiza en función de dicotomías bien delineadas que comienzan planteando lo afirmativo enfrentado a lo negativo. Los primeros, pese a que en la segunda serie de isotopías, se encuentran asociados con lo emocional (paz, amor, bienestar, felicidad), responden a un “registro cerebral”, con lo cual, dichas emociones, implícitamente, son pensadas desde este ámbito del orden biológico. La segunda serie de isotopías comienza con la “paz” enfrentada a las “boludeces”. Todas las otras identificaciones que corresponden al ámbito del

deseo se oponen a diversas “cosas” que son especificadas siguiendo la lógica de una calificación realizada (García Negroni, 1995): amor / cosas muy generales, bienestar/ cosas más concretas, felicidad/ cosas más tangibles. En las calificaciones realizadas, es notable el in crescendo que se produce desde lo “general”, pasando por “lo concreto” hasta llegar a lo “tangible”. El primero resulta opuesto del amor, que, por tanto, puede ser comprendido también en términos de “generalidad”. El mismo fenómeno podría ser interpretado en relación con el “bienestar” (que requeriría de lo concreto) y con la “felicidad” (que podría inscribirse en lo tangible). Más allá de esta observación, aún esta serie, como la primera correspondiente al deseo, culmina en el orden mental y del razonamiento con las “cosas que uno puedan demostrar”. En otra serie de isotopías, el deseo “constructivo” tiene sus opuestos en los “deseos más egoístas”²², las “acciones” y el “deseo más inmediato” (trabajadas en la sección 4.3). El deseo “constructivo” culmina subsumiéndose en “lo constructivo” enfrentado a la “perversión”.

<p><u>los sí</u></p> <p><u>lo afirmativo</u></p> <p><u>registro cerebral</u></p> <p><u>paz</u></p> <p><u>amor</u></p> <p><u>bienestar</u></p> <p><u>felicidad</u></p> <p><u>deseo constructivo</u></p> <p><u>lo constructivo</u></p>	<p><u>los no</u></p> <p>menos <u>chance</u></p> <p><u>boludeces</u></p> <p><u>cosas muy generales</u></p> <p><u>cosas más concretas</u></p> <p><u>cosas más tangibles</u></p> <p><u>cosas que uno pueda demostrar</u></p> <p><u>deseos más egoístas (aún)</u></p> <p><u>acciones</u></p> <p><u>deseo más inmediato</u></p> <p><u>perversión</u></p>
---	---

Tras este análisis, exponemos nuestras principales conclusiones.

A modo de conclusión

Creemos el haber efectuado un aporte al echar una mirada pluridisciplinar de una herramienta tan frecuentemente utilizada en ciencias sociales como lo es la entrevista. El haber

²² Notemos que los mismos se encuentran ligados a “aún”, con lo cual, nos orientamos argumentativamente a pensar que el egoísmo también puede afectar a los términos positivos de la oposición. El “aún” teñiría, tanto a unos como a otros, del rasgo semántico del egoísmo. Se trata, de algo que se elude en el discurso, aunque, a su vez, se alude a partir de la presencia de “aún”.

puesto en relación la perspectiva de Charaudeau (1982, 1992) con los tipos y modos de intervención (Blanchet, 1985), nos permitió enriquecer el abordaje que propone este autor a los fines no sólo de analizar la intervención de los entrevistadores sobre el entrevistado, sino de éste en relación con los primeros. En el contexto de la perspectiva semiolingüística (Charaudeau, 1982), el centrarnos en dos de las operaciones del proceso de semiotización del mundo, la identificación y la calificación, nos ha permitido señalar y vehiculizar un modo que, sin excesivas complejidades, puede resultar útil a quienes no son especialistas en análisis del discurso. Por otra parte, rescatamos el haber utilizado estas dos operaciones en función de entenderlas como un modo de gestar escenografías (Mainguenu, 2004) discursivas que permiten el advenimiento de la escena genérica. Finalmente, y en relación con la noción de circulación del poder, deseamos rescatar algunos aspectos que pondrían al médico psiquiatra en una posición de dominio:

- El no dar espacio a comentarios ni apreciaciones reflexivas conclusivas por parte de los entrevistadores ya que, como se observa en la regulación, es él quien plantea la tópica de la entrevista, abriendo y cerrando, respectivamente, las secuencias de inicio y de culminación.
- El detentar el mayor porcentaje de turnos de intercambio (**57%**), invirtiéndose, de algún modo, los roles esperables al género de la entrevista. Ello resulta coherente con el fenómeno de:
- Dominar solvente de la modalidad interrogativa. Dentro de ella, la pregunta retórica, expresaría la supremacía de quien la formula por sobre el interlocutor: en la superficie, el médico alude a un no saber (por lo cual se interroga) siendo que, en lo profundo, elude un saber que luego se explicita. La habilidad en esta modalidad erige al entrevistado en entrevistador, aproximándolo al saber y al poder propio de quien trabaja en ciencias sociales.
- No se producen casos de en donde el nivel temático alcance al entrevistado, por lo cual no llega a redefinir un nuevo campo del discurso. Todas las intervenciones que los entrevistadores realizan no hacen más que operar a nivel expresivo y reflexivo, pero siempre en torno del discurso que se ha detentado. De algún modo, esto indicaría hasta qué punto el entrevistado sostiene su saber (y, en consecuencia, su poder) y cuán asimétrica resulta la relación con los entrevistadores, lo cual se compadece con el uso de la modalidad deóntica hacia los entrevistadores.

Todo ello, a nuestro juicio, culmina en la transgresión del género por parte del entrevistador.

En lo que atañe a las isotopías asociadas con las operaciones de identificación y calificación, el psiquiatra, por un mecanismo elusivo (Fernández, 2012) valora el orden del cuerpo, pese a que alude a su crítica constantemente en pro de lo “mental” y lo “emocional”. Si bien los entrevistadores “buscaban” una voz que les ofreciera una mirada más “antropológica” y “humana” de la enfermedad, encontraron, sin embargo, que el entrevistado supo conducir de tal modo el discurso de terminar posicionándose él con su saber médico, en el espacio simbólico que correspondería a quienes lo entrevistan (alumnos de antropología) quienes poco pudieron permear el discurso poderoso de su entrevistado.

Bibliografía

ANSCOMBRE, Jean Claude- DUCROT, Oswald (1983) *L'argumentation dans la langue*, Pierre Mardaga Editeur, Bruselas.

ANSCOMBRE, Jean Claude

(1983) "Pour, autant, pourtant (et comment): a petites causes, grandes effect" en *Cahiers de linguistique française*, N 5, Ginebra.

(1998) "Pero / Sin embargo en la contra- argumentación directa" en *Signo & Seña* N 9, Fac. de Filosofía y Letras, UBA, Bs.As

BENVENISTE, Emile (1974) *Eléments de linguistique général I y II*, Gallimard, Paris.

BLANCHET, Alain (1985) "Las reglas de juego en la entrevista" en *L'entretien dans les Sciences Sociales. L'écoute, la parole et le sens*, Ed. Dunod, 1985, pp. 81-116, París.

CHARAUDEAU, Patrik

(1982) *Language et discours. Eléments de semiolinguistique*, Hachette, París

(1992) *Grammaire du sens et de la expression*, Hachette, Paris

(1994) "Le 'contrat de communication', une condition de l 'analyse sémiolinguistique du discours" en *Languages, Les analyses du discours en France*, Larouse, Paris (traducción provista en el Seminario de la Dra. Danuta Mosejko de Costa)

(2009.a) "Análisis del discurso e interdisciplinarietà en las ciencias humanas y sociales" en PUIG L. (Ed.) *El discurso y sus espejos*, Universidad Nacional Autónoma de México.

(2009.b) *El contrato de comunicación en una perspectiva lingüística: convenciones psicosociales y convenciones discursivas*, Maracaibo.

DAVIDSON, Donald

(1982) *Mente, mundo y acción*, Paidós, Barcelona

(1984) *De la verdad y de la interpretación*, Gedisa, Barcelona, 1990

FERNÁNDEZ, M. del R.

(2011) "El análisis del discurso como una herramienta para la etnolingüística: la construcción de la identidad de 'pobre' e 'indio'" en Bersuit Vergarabat en AAVV, *Cuestiones de Etnolingüística*, Rosario: Del Revés Editora

(2012) "Estrategias alusivas/ elusivas en el discurso: el pronunciamiento de la CONACAMI de noviembre de 2011" en *Revista de Antropología* N° 17, Rosario: Facultad de Humanidades y Artes, UNR.

FREUD, Sigmund (1919) "Lo siniestro" en LÓPEZ BALLESTEROS (comp.) *Obras Completas de Freud*, Tomo II, Biblioteca Nueva, Madrid, 1973.

GARCÍA NEGRONI, María Marta

(1995) "Scalarité et Réinterprétation: les modificateurs surréalisants" en ANSCOMBRE, Jean Claude – comp.- (1995), *Théorie du topoi*, Kimé, París

(1998.a) "Argumentación y dinámica discursiva" en *Signo & Señal* N 9, junio de 1998, Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires.

(1998.b) "La negación metalingüística: argumentación, gradualidad y reinterpretación" en *Signo & Señal* N 9, junio de 1998, Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires.

GARCÍA NEGRONI, María Marta y TORDESILLAS COLADO, Marta (2001) *La enunciación en la lengua: de la deixis a la polifonía*, Gredos, Madrid

GENETTE , Gérard

(1983) *Nouveau discours du récit*, Du Seuil, Paris.

(1986) *Palimpsestos, la literatura al segundo grado*, Cátedra de Análisis y crítica, Fac. de Humanidades y Artes, UNR

GILI GAYA, Samuel (1943) *Curso superior de sintaxis*, Vox, Barcelona.

HAMON, Philippe (1982) "Un discours contraint" en *Littérature et réalité*, Ed du Seuil, París - traducción de Danuta Teresa Mosejko de Costa

LO CASCIO, Vincenzo (1991) *Gramática de la argumentación*, Ed. Alianza, Madrid, 1998

MAINGUENEAU, Dominique.(2004) Retour sur une catégorie: le genre en ADAM,M-GRIZE,JB y BOUCHA,M (2004) *Texte et discours: catégories pour l'analyse*, EUD,Dijon

MONTOLÍO, E. (2001) *Conectores de la lengua escrita*, Ed. Ariel Practicum, Barcelona

PORTOLÉS, José (1998) *Marcadores del discurso*, Ed. Ariel, Barcelona