

Escalas en la construcción del espacio de la interacción: entrevistas de admisión en un hospital público

Juan Eduardo Bonnin

Centro de Estudios e Investigaciones Laborales, CONICET

juaneduardobonnin@yahoo.com.ar

Resumen

Esta ponencia analiza la comunicación médico-paciente en entrevistas de admisión en un servicio de salud mental en un hospital público de Buenos Aires, Argentina. Estas entrevistas son el primer contacto entre profesionales y pacientes y tienen como resultado la admisión o rechazo de estos últimos en los consultorios externos de salud mental. En particular, observamos aquí cómo el contexto, comprendido desde una concepción escalar y sociocognitiva, es reconfigurado a través de la dirección de la mirada y la caracterización de los participantes en la interacción, resultando en tres espacios jerárquicamente organizados que pueden ser representados como grados en una escala: lo público, lo privado y lo íntimo. Esta descripción nos permite plantear una serie de dificultades de orden comunicativo que serán propuestas a pacientes y profesionales por igual en orden a pensar formas alternativas de interacción.

Abstract

This paper analyzes doctor-patient communication at admission interviews in a mental healthcare service at a public hospital in Buenos Aires, Argentina. These interviews are the first contact between professionals and patients and they result in the admission or rejection of the latter into the outpatient mental health clinic. In particular, we observe here how context, understood as a sociocognitive and scalar concept, is re-shaped through gaze direction and participants' characterization in interaction, resulting in three hierarchical spaces which can be represented as degrees in a scale: the public, the private and the intimate levels. This description allows us to propose a series of communicative difficulties which will be addressed to professionals and patients alike in order to think alternative ways for the interaction.

En este trabajo presentamos algunos resultados preliminares de la investigación que estamos llevando a cabo en torno a la relación entre desigualdad lingüística y acceso a derechos en el área de salud mental en la Ciudad de Buenos Aires. El trabajo se interroga acerca del modo en que la diversa valoración de las variedades, estilos, tradiciones y repertorios comunicativos incide en el acceso y alojamiento en el sistema de salud. En tal sentido, y siendo que uno de los primeros contactos entre el sujeto que asiste a los consultorios externos de salud mental de un hospital público es la realización de una entrevista de admisión con profesionales del servicio, la primera etapa de la investigación consiste en observar y, en la medida de lo posible, registrar dichos eventos para observar su desarrollo.

Nos concentraremos aquí exclusivamente en uno de los aspectos observados que es la construcción del espacio de la interacción realizada por el sujeto que acude, por una parte, y por quienes lo reciben, por otra. En particular nos interesará ver cómo estos

espacios construidos pueden comprenderse en el marco de una organización “vertical”, jerárquica, la cual no sólo distribuye roles y tópicos, sino que además indexicaliza diferentes niveles del contexto. A partir de esta primera instancia descriptiva, que consumirá buena parte del texto, presentaremos algunos nuevos interrogantes.

Esclaridad de la interacción

El análisis etnográfico de las interacciones verbales suele aparecer tensionado, en términos prácticos, entre la consideración del evento como una mera ilustración de las relaciones de poder (sociales, institucionales, de género) de una formación social determinada y, por otra parte, su interpretación como un hecho comunicativo singular, irreplicable, en el cual los participantes negocian y redistribuyen constantemente sus identidades y roles.

Aunque se ha señalado reiteradas veces que la oposición entre la dimensión micro de la interacción y la dimensión macro de las relaciones sociales remite a un falso dilema, los análisis empíricos suelen dejar de lado la mutua imbricación de ambos órdenes a la hora de comprender la interacción e interpretar su desarrollo. Silverstein (2003) ha acuñado, a partir del conocido trabajo de Gumperz (1982), el concepto de “órdenes de indexicalidad” para designar el ordenamiento jerárquico de niveles de contextualización en relación a los cuales los participantes determinan –y son determinados por– la adecuación o no de sus emisiones. En una dirección similar, J. Blommaert (2007) habla de “escalas sociolingüísticas” para abandonar las que llama “metáforas horizontales” del contexto, que comprenden el espacio como una superficie en la cual se “amplía” o se “restringe” la mirada. En su propuesta, los enunciados indexicalizan diversos niveles en el espacio-tiempo social e histórico en relación al cual pueden ser interpretados: desde la interacción momentánea y local hasta los procesos globales de larga duración. A semejanza de la propuesta de Silverstein, en la de Blommaert se producen “saltos de escala”, es decir, movimientos simbólicos en el espacio-tiempo que indexicalizan diversos momentos o niveles del orden social a través de normas, expectativas y grados de generalización de las posiciones de los hablantes (2006: 5).

En relación con ambas propuestas, oponemos dos problemas surgidos del análisis de las entrevistas de admisión en los consultorios externos de salud mental del hospital que estamos investigando. En primer lugar, consideramos necesario señalar, una vez más, que las situaciones tienen un fuerte componente cognitivo que las convierte siempre en situaciones imaginadas (van Dijk 2008), de manera tal que es posible (y, como veremos, habitual) que los participantes –motivados por sus trayectorias comunicativas previas, identidades y posiciones en la estructura social– participen de situaciones diferentes aun compartiendo el mismo entorno físico e institucional. En segundo lugar, que los niveles de contexto pueden ser vistos también en relación con escalas más cortas: no necesariamente se realizan saltos entre lo situado, lo nacional y lo global (por ejemplo) sino entre espacios progresivamente más amplios (y jerarquizados) dentro del mismo entorno institucional. Eso es lo que hemos observado en las entrevistas de admisión del Hospital. Desde el momento en que una persona llega, a las cinco de la mañana, a hacer la cola para sacar turno para ser admitido en la corta lista de aspirantes a entrevistas de admisión hasta que se retira con la promesa de ser llamado en las próximas dos o tres semanas, puede atravesar, al menos, tres niveles situacionales distintos, los cuales lo llevan desde el discurso administrativo/institucional del dato socio-demográfico hasta la intimidad de la angustia y el llanto. Hemos distinguido tres de estos niveles: en primer lugar se encuentra el nivel explícitamente institucional, de mayor impersonalidad y con

la mayor cantidad de participantes, que denominamos *nivel público*, dominado por la racionalidad estatal. En segundo lugar hablamos del nivel *privado* para referirnos a la instancia en la cual la interacción abandona el orden normativo del Estado para situarse en el de los participantes de la conversación, que se convierten así en sujetos de una biografía y no simplemente en emergentes de una categoría poblacional. Por último, llamamos nivel *íntimo* a la instancia de la situación en la que la interacción se convierte casi en un monólogo del paciente que recorta un único interlocutor que lo asiste para justificar una enunciación fuertemente emocional.

En este trabajo, por motivos de extensión, nos concentraremos en sólo dos de las dimensiones de la interacción que construyen estos diferentes niveles de espacialidad: la mirada y la caracterización de los participantes.

1) *El nivel público*

El primer nivel de la interacción se produce cuando la persona que se acerca al hospital es llamada para tener la entrevista propiamente dicha. De la sala de espera se pasa a los consultorios, que suelen ser cubículos relativamente pequeños formados con paneles móviles o bien sillas enfrentadas en un pasillo. Eventualmente, sólo en casos excepcionales se ha usado un aula, recientemente construida para las actividades internas del servicio de salud mental. En cualquier otro lugar, el ruido ambiente es constante e interfiere en la interacción de dos maneras: o bien volviendo inaudible o de difícil audición la voz del hablante o bien interviniendo en las interacciones locales (por ejemplo, cuando alguien pregunta por Fulano, y Fulano, que está haciendo una entrevista, contesta desde el consultorio).

Podemos observar el funcionamiento de las siguientes dimensiones:

1. *Dirección de la mirada*

La primera dimensión es la dirección de la mirada, comprendida como un elemento del orden no verbal que permite asignar roles a sus interlocutores o, eventualmente, apropiarse del turno para construir *speakership* (Mondada 2007: 5). En el caso de estas entrevistas, en las cuales el sujeto se sienta en una mesa frente a tres personas, el contacto visual permite que el profesional que llevará adelante la entrevista (que denominamos psicólogo@ a cargo, PC, junto con el psicólogo asistente, PA) asuma su rol:

(1) PC: Buen día señora cómo le va (1)

[*levanta la mirada de los papeles y establece contacto visual*]

A: Bien gracias

[*mira a los tres, alternativamente, mientras se sienta*]

PC: Bueno (5) le contamos son colegas esta es una: primera entrevista de orientación

[*acodada en dirección a A, sin perder el contacto*]

A: sí

[*mira al investigador, que toma notas*]

(2) PC: bueno (1)

primero te voy a hacer unas preguntas porque esto es una pequeña entrevista de orientación para ver a dónde lo derivamos! =

[*levanta la mirada y busca contacto*]

A: =sí (.5)

[*pasea la mirada por los tres interlocutores*]

En estos casos observamos que el psicólogo a cargo intenta acotar el espacio de la interacción como una manera de establecer su rol de conductor de la entrevista. Para ello emplea recursos posturales (acodarse en la mesa, acercándose físicamente al interlocutor) y de mirada (fijando la mirada en el otro). Los otros dos profesionales, que ya conocen la mecánica de la interacción, fijan la mirada en la mesa o el cuerpo del interlocutor o toman notas (el psicólogo para llenar la ficha de solicitud de admisión, el investigador para escribir esta ponencia), de manera que buscan dejar claro su rol subordinado. Sin embargo, la paciente no lo sabe y no conoce cuáles son los roles habitualmente asignados; por ello es que pasea la vista por las tres personas que tiene delante, buscando algún tipo de *feedback*.

Este primer nivel, el más alto y más impersonal, está también más abierto a la influencia de otros participantes, que pueden llevarse las miradas o las palabras, ampliando el espacio de la interacción. Por supuesto, por la disposición espacial de los sujetos, los profesionales están en una posición más favorable para ampliar la mirada, aunque también puede pasar esto con los pacientes. Aquí se puede incluir la participación de otros sujetos ajenos a la situación propiamente dicha. Esto hace que sea una situación relativamente abierta a los familiares o colegas que están afuera del cubículo, como en el ejemplo que sigue:

(3) A: sí: QUEDAte con tu hermana

[*mira hacia afuera*]

PC: quiere hacerlos entrar?

A: (1) no no no gracias

((PA cierra la puerta))

2. *Temas y caracterización de los participantes*

Los temas tratados en este nivel son aquellos que caracterizan al sujeto como entidad demográfica: nombre y apellido, documento, edad. En muchos casos, los profesionales ya tienen esa información (puesto que les fue brindada al distribuir los pacientes), no obstante lo cual la solicitan nuevamente. Su propio lugar no aparece prácticamente tematizado más que de manera vaga, sobre todo para justificar que los tres son representantes de una misma categoría (aunque, en realidad, el investigador no lo sea). El empleo del término “profesionales” aparece reiterado numerosas veces; eventualmente el título “doctor”, que me aplicaron jugando con la confusión con el discurso médico, les ha permitido salvar este obstáculo, justificando la presencia de tantas personas. Pocas veces se dan los nombres propios, lo cual genera una situación asimétrica desde la posibilidad de interpelar al otro:

Consecuentemente, el destinatario de la información solicitada en el nivel público es también abstracto:

(4) PC: yo primero le voy a hacer unas preguntas: que son para la- para el hospita:l=

A: =sí=

PC: =y después usted nos va a cont- a decir por qué (1) el motivo por [el que

A:

[por qué vine

PC: exActamente

(5) PC: bue:no (1) te voy a: hacer algunas preguntas para: la estadística

En suma, el tema de esta primera etapa es la constitución del sujeto como emergente de una categoría demográfica, lo cual se puede constatar incluso en ciertas reparaciones que reformulan las palabras del paciente en los términos del discurso burocrático:

(6) P: educación? prima:ria, secund[a:ria:?

R: [secundaria incompleto

(7) P: educación? prima:ria, secunda:ria:?

R: sí (1) hice hasta: tercer año

P: ah (.5) secundario incompleto entonces

El formulario tiene dos preguntas sucesivas: primero, el nivel educativo (primario, secundario, terciario); segundo, el grado de completud. Como se trata de una categorización bastante estandarizada, la experiencia previa de los participantes en instancias de discurso burocrático hace que sean capaces de predecir las preguntas que vendrán. En consecuencia, la respuesta a la primera pregunta en (6) anticipa ya la segunda, que no se había formulado aún, incluso a costa de una discordancia de género entre “secundaria” e “incompleto” porque, aunque la PC empleara “secundaria” como adjetivo femenino, modificando a “educación”, en el formulario modifica a “nivel”, que es masculino. La discordancia de género, entonces, observada en la respuesta de la paciente es, en realidad, una huella del *code switching* hacia el discurso burocrático: una respuesta de la paciente que no encadena con las palabras de la PC sino con el discurso que la informa, el formulario.

En (7), por el contrario, la paciente contesta desde su propia información biográfica, colocándose en posición de agente de un proceso material. Sin embargo, el psicólogo realiza una reparación que reformula la respuesta en los términos de las categorías del formulario: “[nivel] secundario incompleto”. Este ejemplo, a diferencia del anterior, muestra con claridad el procedimiento por el cual el sujeto biográfico es convertido en sujeto demográfico.

2) *El nivel privado*

El segundo espacio que se construye en las entrevistas de admisión es el de *lo privado*, es decir, el de la biografía del sujeto como individuo, a lo largo de cuya historia y relato los psicólogos intentarán detectar la emergencia de índices que serán leídos como síntomas que les permiten el diagnóstico. El movimiento hacia este nivel es clave; sin él no puede haber diagnóstico y esto explica por qué las constantes reticencias y la desconfianza hacia mi presencia, primero, y hacia el grabador, después: abren un espacio que conviene mantenerse cerrado.

Este es el espacio que justifica la entrevista a los ojos del paciente, porque ve en el significant (Hospital, analista) al Sujeto Supuesto Saber y puede abrir allí su biografía: puede mostrar su biografía en un espacio privado. Para los psicólogos que hacen la entrevista, este es el espacio del diagnóstico, más allá del cual se puede “abrir” pero no es necesario ni, en muchos casos, aconsejable, puesto que esa instancia se desliza hacia lo íntimo del paciente.

1. Dirección de la mirada

Puesto que la observación que yo realizo es, obviamente, no participante, inconscientemente (primero), conscientemente después me mantuve por fuera de la superficie de la mesa, lo cual, simbólicamente, me alejaba de un significativo definatorio de la situación de entrevista, puesto que es el objeto que organiza la oposición básica entre los roles y que distribuye el espacio en dos sectores bien definidos. Por otra parte, mientras yo estaba anotando en mi libretita, el PC y el PA escriben en papeles oficiales: la ficha epidemiológica en la que se llenan los datos demográficos y la ficha de admisión en la que se hacen observaciones para orientar el diagnóstico y posterior derivación.

Sólo en algunos casos, por ejemplo cuando –en la etapa anterior- hubo algún tipo de interacción –verbal, gestual, visual- entre el paciente y el investigador, la situación puede incluirlo (por ejemplo para buscar complicidad frente a un chiste, o para interpelar el *pathos*). Sin embargo, puesto que las preguntas son realizadas por el PC, rápidamente se lo individualiza como interlocutor privilegiado.

Pero, por supuesto, el PA también tiene un rol, asintiendo, anotando, recibiendo instrucciones del PC. Aunque subordinado, su lugar en la interacción es notorio. En consecuencia, se trata de un espacio de la mirada semi-abierto, el cual privilegia una relación 2/1, eventualmente 1/1, que excluye al investigador como un convidado de piedra que no desempeña un rol identificable.

2. Temas y caracterización de los participantes

El tema del segundo nivel es el paciente como *sujeto biográfico*: como instancia de individualización frente a las categorías demográficas desplegadas anteriormente. De hecho, y como esta es la motivación principal de la visita del paciente al hospital, en la mayoría de los casos es desde la respuesta al formulario que el sujeto intenta agenciarse como individuo de una biografía, movimiento que a veces es permitido por el PC y otras veces no:

(8) PC: domicilio:: con quién vivís=

A: con mi mamá y mis dos hermanos (1.5) UN hermano porque: mi hermano mayor murió cuando:: (1.5) en abril

PC: bue:no ahora después me contás

(9) PC: bue:no (.) decime tu estado civil: (.) EL REAL eh?

A: (3) ((*sonrisa triste; contacto visual con PC*)) separada

PC: separada entonces?

A: no no:: lo que pasa es que: yo me quería separar de mi marido (.) pero él no se quiere ir

En ambos casos observamos cómo las pacientes llevan a cabo una reparación que, aunque de naturaleza distinta, las instala en el lugar de sujetos biográficos. En el primer ejemplo, frente a la pregunta por las personas con las que convive, siempre en el marco del formulario, la paciente reformula la cantidad de hermanos señalando el fallecimiento de uno de ellos para, a continuación, señalar de qué modo esta muerte la afectó hasta llevarla al servicio de salud mental. Algo semejante sucede en (8), donde, frente a la expresión de A, la PC pide una confirmación que es reparada por A, señalando el

carácter conflictivo de la relación con su pareja. A partir de allí encadenará el relato biográfico que la lleva a la consulta en salud mental.

Como se ve en ambos ejemplos, el relato biográfico comienza con la emergencia clara de la primera persona (“me quería separar”) y las intervenciones de la PC buscan facilitar el relato, sobre todo a partir de preguntas que demandan información sobre el propio paciente y sus circunstancias:

(9) M1: Cuéntemé

P2: Mire, estoy (inaudible: *realmente*) angustiado por una situación que vengo aguantando hace aproximadamente tres años y medio, con mi hermana, que hace como una violencia así familiar (inaudible)

M1: ¿Hacia su persona?

P2: Hacia las tres. Porque mis padres, mayores, de 80 años. Hacia mí. Bueno, lo hemos hablado Me ha:, dice, vos te tenés que ir. Bueno, un montón de [cosas.]

M1: [¿Viven todos] juntos?

P2: Los cuatro, sí. Ahora ella está en pareja y, se:, qué hace? Se va, porque esta persona el señor, dice él que es divorciado y eh, vuelve, tres de la mañana, vuelve a casa. Todo el día está nerviosa, y después se vuelve a ir, y vuelve así. Bueno, a ver, es algo que no se soporta

(10) M1: Bueno. Acá- Bueno, a ver, contáme qué te pasa porque acá, eh, el, ¿quién te está atendiendo?, Enrique?, eh, a ver, ehm, acá el motivo que dice el docto:r, no es de la epilepsia.

P1: No no [no]

M1: [Contáme] contame

P1: Lo que pasa es que me agarraba puntada en la cabeza a mí

M1: Sí

P1: (inaudible) algunos problemas

M1: Ajá

M1: (inaudible) cómo problemas, de qué tipo

P1: Con mis hermanas, que no tengo trabajo, tengo una nena de dos años, que estoy sola

M1: Claro. ¿Desde cuándo estás con estos problemas:: (0.01) con tu familia?

P1: Desde hace mucho.

En ambos ejemplos, la PC señala el momento de pasaje al nivel privado mediante el imperativo “contame”, que construye un espacio de la interacción coloquial limitado sólo a esos dos participantes (a despecho de la presencia de dos personas más). Es por ese motivo que en (9), por ejemplo, el entrevistado interpela a la psicóloga (“mire”), cerrando definitivamente el espacio y estableciendo una conversación más claramente de 1/1. La psicóloga, por su parte, tiende a estimular la palabra por parte del otro adaptando sus estrategias al estilo narrativo del interlocutor: en el primer caso, en el cual el hablante se muestra locuaz, sólo con interrogaciones polares que, no obstante, obtendrán un mayor desarrollo por parte del paciente. Por el contrario, en (10), donde la paciente no parece muy locuaz, la PC asiente periódicamente (“sí”, “ajá”, “claro”) como un modo de acompañar y exteriorizar un interés sostenido por parte de A.

3) *El nivel íntimo*

El último de los niveles observados es aquel que resulta más difícil de describir, puesto que en él la función emotiva predomina por sobre las demás y el registro del audio es mucho menor puesto que, entre el llanto y la disminución del volumen, la voz del paciente se pierde. En casos en los cuales la angustia, como síntoma o como cuadro clínico, se impone al control del hablante sobre su propia habla, generalmente el llanto y el bajo volumen limitan la comunicación a un espacio mínimo, del *sujeto somático* que prácticamente no se relaciona con su interlocutor.

1 y 2. Dirección de la mirada / temas y participantes

Se profundiza, al alcanzar lo íntimo, la clausura del espacio, en el cual la relación 1/1 se cierra y resulta, en consecuencia, inaudible o incomprensible para los demás asistentes (investigador y AP). Así, en el siguiente pasaje, un paciente que acababa de perder la custodia de sus hijos comienza a bajar la voz seguido por el PC, finalizando en una conversación íntima que nos deja fuera a los demás:

- (11) M1: hiciste algún tratamiento [de adicciones?
 P3: [no] no, no. (inaudible)
 M1: no tenías (.3) esto que me decías (inaudible)?
 P3: (inaudible)
 M1: de los dieciséis años qué tomabas?
 P3: ((llorando)) *marihuana*
 M1: ajá:
 P3: (inaudible)
 M1: (inaudible)

En los casos en los que se alcanza el nivel de lo íntimo, el espacio de interlocución se cierra todavía más, no sólo entre el paciente y el PC sino incluso en el paciente que baja la mirada y busca evitar todo contacto visual. En el caso siguiente, se trata de una paciente que narra fantasías suicidas en una parada de colectivos y que estaba más cerca del grabador que del PC:

- (12) A: ((llorando, cruza los brazos como abrazándose a algo)) *me agarré al fierrito de la parada (2) el fierrito*
 P: al qué?
 A: *al fierrito*
 P: disculpe pero:: ((alguien dice su nombre fuera del consultorio)) un segundito=
 A: *me abracé al fierrito (.5) del caño de la parada*
 P: deme un segundito que ya vuelvo ((sale))

En este ejemplo, la situación de angustia de la hablante se traduce en un descenso de la mirada, que queda fijada en la mesa, un descenso del volumen, que vuelve prácticamente inaudible sus palabras, la reiteración del diminutivo (afectivo) “fierrito”, para designar el poste de la parada de colectivo, y el gesto de cruce de brazos que imitaba la acción narrada. De esta manera, la paciente se vuelve no sólo hacia el monólogo sino hacia la actualización del hecho narrado. Es por ello que el interlocutor (PC) se vuelve prácticamente prescindible; el descenso de la mirada le permite cerrar más aún el espacio, que sólo puede volver a abrirse frente a la interpelación, reiterada, del PC: “del qué? (...) disculpe pero::”.

En este último nivel, resulta prácticamente imposible distinguir las dimensiones que venimos analizando, puesto que el propio lenguaje gestual o la dinámica de la mirada forman parte del contenido de la narración: una mujer abrazándose al imaginario fierrito de la parada para evitar la tentación de saltar; otra mujer tocándose la mejilla al narrar hechos de violencia doméstica. El cuerpo y la palabra, simultáneamente, son forma y contenido de la narración, porque en el espacio de lo íntimo se juega una subjetividad de otra naturaleza: ni aquello que vincula al paciente a una categoría demográfica ni la narración individual de su propia biografía, sino la descripción de un estados de cosas actualizado en la propia situación de habla. El *sujeto somático* se define así intemporalmente: traslada el espacio de la comunicación institucional a una representación de su vivencia subjetiva, dejando a los demás participantes (profesionales) en el lugar de meros testigos de dicha vivencia.

En estos casos, la acción (agarrarse a un poste, sufrir un golpe en el rostro) es el tema y el mensaje: se trata de gestos icónicos que no sólo comunican sino que, performativamente, llevan a cabo la acción que designan.

Sobre los desajustes de escala

Hasta aquí hemos mostrado una serie de espacios simbólicos que recorren tres momentos en una escala: el nivel de mayor amplitud, lo *público*, es el espacio en el que la situación de interlocución se presenta abierta y se topicaliza el lugar del paciente como sujeto demográfico; el intermedio, en el que se desarrolla la mayor parte de la interacción, que llamamos *privado*, es aquel en el que se establece una relación de interacción cara a cara, interpelando sólo a los participantes designados institucionalmente y topicalizando al paciente como sujeto de una biografía, la cual es relevante para el establecimiento del diagnóstico. Por último, denominamos espacio de lo *íntimo* al intercambio que se produce en torno al paciente como experimentante de reacciones físicas, como sujeto somático: llanto, disminución dramática del volumen, ojos cerrados, gestos que mimetizan las acciones narradas.

Cabe ahora preguntarse por los desajustes entre estas escalas, pregunta que no podremos abordar aquí pero consideramos fundamental: ¿qué sucede cuándo, como en (12), el paciente se aloja en el espacio íntimo, en una posición de alta vulnerabilidad, y el profesional se encuentra en el campo de lo público, con la atención dividida entre la interacción y el entorno que lo rodea? ¿desde qué posiciones el PC puede (o intenta) guiar la conversación hacia lo privado y evitar que se vaya al ámbito de lo íntimo cuando el paciente busca interpelarlo pathémicamente? ¿qué efectos clínicos tiene esta distinción, por ejemplo en cuanto al establecimiento de la transferencia?¹ ¿cómo administran terapéuticamente, los profesionales, la indexicalización de espacios y el salto de escala?

Estas preguntas, que abordamos colaborativamente con profesionales y pacientes, serán enfrentadas en nuevos trabajos.

¹ He notado, por ejemplo, que algunos de los participantes de entrevistas íntimas han proseguido después bajo la relación analista-paciente o, en casos de pacientes, han reclamado ser atendidos por los profesionales que los entrevistaron.

Referencias bibliográficas

Blommaert, Jan. “Sociolinguistic scales”. En *Intercultural Pragmatics*, vol. 4, n° 1 (Marzo 2007): 1-19.

Gumperz, John. *Discourse Strategies*. Cambridge: Cambridge University Press, 1982.

Mondada, Lorenza. “Multimodal resources for turn-taking: pointing and the emergence of possible next speakers”. En *Discourse Studies*, vol. 9, n° 2 (Abril 2007): 194-225.

Silverstein, Michael. “Indexical order and the dialectics of social life”. En *Language and Communication*, vol. 23, n°3 (Julio-Octubre 2003): 193-229.

Van Dijk, Teun Adrianus. *Discourse and Context. A sociocognitive approach*. Cambridge: Cambridge University Press, 2008.