



DISCURSO & SOCIEDAD

Copyright © 2008
ISSN 1887-4606
Vol. 2(2) 357-393
www.dissoc.org

Artículo

Pobreza y salud mental desde el Análisis Crítico del Discurso.

**El aislamiento social y el deterioro comunicativo y
cognitivo**

*Critical Discourse Analysis of Poverty and
mental health:*

Social isolation and communicative and cognitive deterioration

María Laura Pardo

CIAFIC-CONICET
Universidad de Buenos Aires

Virginia Buscaglia
CIAFIC-CONICET

Resumen

Este estudio surge de una investigación anterior (Pardo, 2008a) sobre deterioro comunicativo y cognitivo en personas psicóticas o delirantes. La investigación se enmarca en el Análisis Crítico del Discurso y se centra en el discurso de las personas en situación de calle y pobreza extrema. Durante el estudio se hicieron presentes diferencias en el deterioro comunicativo y cognitivo de los sujetos según el lugar en el que se encontraban. Lo que llevó a la pregunta de si existía alguna correlación entre los espacios en los que estas personas desarrollaban su vida (nosocomios, hospederías, clínicas privadas, calle) y el deterioro que presentaban. Nuestro objetivo es intentar proporcionar mediante un análisis lingüístico - discursivo y una interpretación multidisciplinar una herramienta útil que permita un mejor tratamiento y calidad de vida a las personas que padecen de estos trastornos. El corpus está constituido por historias de vida, narraciones de las sesiones transcritas de diferentes pacientes, cartas, poemas, diarios personales, etc. Las teorías lingüísticas que utilizamos para el análisis son: la teoría de la argumentación de Toulmin (1958), la teoría de la jerarquización de la información (Pardo, 1996), la tonalización (Lavandera, 1989) y especialmente el método sincrónico-diacrónico de análisis lingüístico de textos (Pardo, 1995, 2006, 2008b). Desde el plano psiquiátrico nos basamos en Crow (1997, 2000) en lo que hace a la teoría filogenética y nos manejamos dentro del marco de la teoría psicoanalítica como modo de abordaje del sujeto productor de los textos que analizamos. La metodología es cualitativa.

Palabras clave: ACD, discurso psicótico, deterioro comunicativo-cognitivo, pobreza, lingüística, psiquiatría.

Abstract

This study arises from a previous investigation (Pardo, 2008a) on communicative and cognitive deterioration in psychotic or delirious people. Within a Critical Discourse Analysis framework, I focus on the speech of those living under conditions of extreme poverty. The analysis shows the a correlation between the subjects' level of communicative and cognitive deterioration and their location. This led to the question as to whether there was a relationship between living spaces (asylums, shelters, private clinics, street) and the level of deterioration. Our aim was to provide a useful tool that would improve the treatment and quality of life of those suffer from these disorders by means of a linguistic-discursive analysis followed by a multidisciplinary interpretation. The corpus includes life histories, sessions with different patients, letters, poems, personal diaries, etc. The linguistic theories used for the analysis are Toulmin's theory of the argumentation (1958), the theory of the hierarchical structuring of the information (Pardo, 1996), the theory of tonalization (Lavandera, 1989), and, especially, the synchronic-diachronic method of linguistic analysis of texts (Pardo, 1995, 2006, 2008). For the psychiatric evaluation of subjects, we follow Crow's (1997, 2000) philogenetic theory, and the subjects were approached psychoanalytically. The methodology is qualitative.

Keywords: ACD, psychotic discourse, communicative-cognitive deterioration, poverty, linguistics, psychiatry

“nuestros establecimientos de beneficencia presentan un conjunto admirablemente coordinado por medio del cual el indigente no permanece un momento sin socorro desde su nacimiento hasta la tumba. Seguid al infortunado: lo veréis nacer en medio de los expósitos; de ahí pasa al hospicio y después a las salas del asilo, de donde sale a los 6 años para entrar a la escuela primaria y más tarde en las escuelas de adulto. Si no puede trabajar, se le inscribe en las oficinas de beneficencia de su distrito, y si cae enfermo puede elegir entre 12 hospitales... en fin, cuando el pobre de París llega al fin de su carrera, 7 hospicios aguardan su vejez y a menudo su régimen sano prolonga sus días inútiles bastante más allá del término al que llega el rico”. Moreau de Jonnés¹

Introducción

Este estudio surge de una investigación anterior (Pardo, 2008a) sobre deterioro comunicativo y, por lo tanto, cognitivo en personas delirantes (algunas ya diagnosticadas como psicóticas, otras por su situación de vida en la calle, solo calificadas como delirantes por la imposibilidad de hacer un diagnóstico mediante un seguimiento de dicho individuo). A su vez estas indagaciones se basan en los más de 20 años de trabajo multidisciplinar entre lingüística, psicoanálisis y psiquiatría orientada al diagnóstico y tratamiento de la psicosis. De esta colaboración mutua entre diferentes áreas han surgido una serie de trabajos sobre las características discursivas de la psicosis (Pardo y Dorfman Lerner, 2001, Pardo y Dorfman Lerner, 1997), sobre las de la psicosis social (Pardo y Dorfman Lerner, 1999), y sobre la relación entre psicosis y calle (Pardo, 2008a; Pardo y Buscaglia, en prensa).

Por otra parte, en los últimos años, la investigación se enmarca en el Análisis Crítico del Discurso (Van Dijk, 1999, Wodak, 2000, Bolívar y Kohn, 1999, Pardo Abril, 2006, de Melo Resende y Ramalho, 2006, Berardi, 2003, Domínguez, 2007, García da Silva, 2007, Montecino, 2007), y se centra en el discurso de las personas en situación de calle y pobreza extrema, tanto en Buenos Aires como en Santiago de Chile.

En su trabajo anterior, Pardo (2008a) propone: “aunar mi experiencia en el estudio del discurso de las personas en situación de calle que presentaron delirios con otras personas que sufren trastornos mentales y que

están en condiciones económicas y de contención diferentes. Especialmente quiero presentar una gradación que se me ha hecho presente a la hora de comenzar a analizar las diferentes historias de vida.”, (Pardo, 2008a).

Mientras se llevaba a cabo esta investigación y se participaba activamente recolectando los datos y observando el contexto en el que se desarrollaban estas prácticas textuales, comenzaron a hacerse presentes diferencias en el deterioro comunicativo y cognitivo de los sujetos que padecían un delirio o que habían sido diagnosticados como psicóticos según el lugar en el que se encontraban viviendo. Esto, llevó a la pregunta de si existía alguna correlación entre los espacios en los que estas personas desarrollaban su vida (nosocomios, hospederías, clínicas privadas, calle) y el deterioro comunicativo y cognitivo que presentaban.

El corpus de historias de vida (aproximadamente 150) recolectado, con los equipos que Pardo dirige en la ciudad de Buenos Aires y en Santiago de Chile, permite observar un pequeño grupo que manifiesta un discurso delirante. Para poder dar cuenta de los diferentes grados de deterioro en pacientes con psicosis o delirantes se consideró “que podía ser muy interesante añadir narraciones de las sesiones transcritas de diferentes pacientes con trastornos psicóticos que veníamos analizando, además de otros materiales que poseemos como cartas, poemas, diarios, etc., ya que, no solo hace más variada y representativa la muestra, sino que nos brinda información relevante sobre contextos desfavorecidos para personas que sufren de este trastorno.”, (Pardo 2008a). Especialmente este último aspecto es el que nos interesa relevar en el estudio que presentamos aquí.

Nuestro objetivo es, desde nuestra perspectiva, intentar proporcionar mediante un análisis lingüístico - discursivo y una interpretación multidisciplinar (con psiquiatras, psicoanalistas y médicos) una herramienta útil que permita un mejor tratamiento y calidad de vida a las personas que padecen de estos trastornos y que permita aportar una nueva perspectiva sobre este tema al proyecto de ley nacional de Salud mental.

Nuestro marco teórico desde la lingüística sigue siendo el del Análisis Crítico del Discurso en tanto el estudio del discurso psicótico, si bien nos interesa como fenómeno psiquiátrico, mental y discursivo, también se desarrolla en un contexto económico, político y social que influye en el grado de deterioro de las personas delirantes y en la protección que pueda brindárseles a su salud (Goffman, 1961, Mizón, 2005) lo que nos permite poner en acción la parte crítica de nuestra perspectiva y estudio. La metodología es cualitativa (por lo que se centra en el análisis de casos).

Las teorías lingüísticas que utilizamos para el análisis son: la teoría de la argumentación de Toulmin (1958), la teoría de la jerarquización de la información (Pardo, 1996), la tonalización (Lavandera, 1989) y especial-

mente el método sincrónico-diacrónico de análisis lingüístico de textos² (Pardo, 1995, 2006, 2008c).

Desde el plano psiquiátrico nos basamos en Crow (1997, 2000) en lo que hace a la teoría filogenética que este autor ha venido elaborando desde hace tiempo sobre la etiología de la psicosis y nos manejamos dentro del marco de la teoría psicoanalítica como modo de abordaje al sujeto productor de los textos que analizamos.

Algunas aclaraciones antes del análisis

El término psicosis es utilizado por primera vez en 1845 por el médico berlinés E. von Feuchtersleben (Zizek, 2003 [1988]) para referirse a las enfermedades del alma. En aquella época, las enfermedades de origen orgánico, por lesión en el sistema nervioso central eran las neurosis, concepto que se invierte totalmente con la introducción del psicoanálisis. En general, sin entrar en conceptualizaciones que requerirían de todo un artículo, se entiende por psicosis un trastorno mental en el que está alterado el juicio de realidad y que, en la gran mayoría de los casos, se presenta con delirios y alucinaciones. Como veremos más abajo, nosotras coincidimos con la teoría de Tim Crow que ve a la psicosis prácticamente como un trastorno de la humanidad, que se perpetúa porque evolutivamente está compensado por una ventaja sustancial y universal: el lenguaje. (Crow, 1997, 2000) La lateralización de los hemisferios cerebrales es un requisito evolutivo previo para el lenguaje y hay diferentes pruebas de que la esquizofrenia se asocia a un fracaso o retraso de la lateralización hemisférica. Así, sostiene Crow, la esquizofrenia puede ser simplemente parte de la variación inherente de los genes que determinan la asimetría cerebral, genes que están fuertemente seleccionados por la ventaja del lenguaje.

En trabajos anteriores que Pardo ha realizado con la Dra. Beatriz Dorfman Lerner se utilizó la distinción entre delirio y psicosis. Nosotras utilizaremos esa misma distinción, el término *psicosis* cuando existe un diagnóstico médico y *delirio* para un discurso de esta naturaleza, pero sobre el que aún no se ha realizado un diagnóstico de la persona que lo padece. Para diagnosticar una psicosis es necesario el seguimiento de la persona que padece un delirio. Esto en los sujetos que se encuentran en situación de calle es imposible, por lo que no abrimos un diagnóstico sobre ellos, simplemente damos cuenta de que deliran.

La psiquiatría ubica el delirio entre los trastornos del contenido del pensamiento y define la idea delirante como “una idea generalmente falsa

que choca con la realidad, dotada de fuerza de convicción, necesariamente irreductible, y con un potencial afectivo que de ordinario subordina la conducta de quien la padece” (Pereyra, 1960). Desde la lingüística podría definirse, como aquel discurso fijo, impenetrable y en el que las voces (propias del dialogismo del lenguaje) sostienen la misma idea fija del “yo” (en el sentido de Freud, 1981 [1923]), esto hace más compleja la comunicación tal como la entendemos habitualmente. La comunicación es la posibilidad de que exista un Principio de Cooperación mutuo entre un hablante y un oyente para llevar a cabo una instancia dialógica que respeta ciertas Máximas y en las que se sigue un hilo temático común (Grice, 1975).

Al referirnos a un discurso fijo, entendemos “fijeza” como la característica o propiedad de un sector de un discurso que, si bien admite variación en los planos de la sintaxis y el léxico, gira alrededor siempre del mismo tema, tópico, nodos semánticos o juego de roles discursivos.

Con respecto a la “impenetrabilidad”: nos referimos al discurso que, en su mayoría, no admite los argumentos de otras voces a menos que refieran al propio delirio.

La psicosis es el nombre genérico de esta enfermedad psíquica, pero que a su vez tiene una serie de variantes en cuanto a su modo de manifestarse. Es por esta razón, que para cada caso que analizamos, colocamos la variedad delirante que le corresponde a la persona psicótica: paranoica, erotómana, mesiánica, etc.

A qué llamamos pobreza

Es importante señalar que este trabajo toma como su universo de estudio a la pobreza urbana y dentro de ella a los sujetos que viven en las peores condiciones, es decir, en la indigencia. El INDEC considera pobres a las personas que apenas alcanzan la canasta básica familiar, a abril del 2008 la canasta básica total (CBT) por persona adulta es de \$319, 44 (100 dólares mensuales), e indigentes a aquellas que cuentan con una CBT de \$148.09 (menos de 50 dólares mensuales). De más está decir que nadie puede vivir con estos montos mensualmente. Esta canasta básica toma como parámetros el alimento y algunos servicios mínimos. De este modo, la pobreza se ‘mide’ cuantitativamente. Obviamente, esto deja afuera a miles de personas que viven en una total situación de precariedad independientemente de que cubran o no dicha canasta básica.

Es fundamental también tener en cuenta que la Argentina, como cualquier otro país latinoamericano, cuenta con una pobreza estructural. Esto es que el país se ha construido sobre una base de pobreza. A esto debe añadirse el fenómeno de lo que se conoce como “nueva pobreza” que surge como consecuencia de la aplicación del modelo neoliberal en nuestro

país a partir de la dictadura militar que se inicia en la década del 70 y se acentúa durante el menemismo en los 90.

Las personas en situación de pobreza desarrollan su vida cotidiana en contextos de gran precariedad que acotan de manera alarmante las posibilidades que tienen de poder llegar a vivir en mejores condiciones. Nacer en la pobreza implica saberse pobre de opciones. La persona no es pobre, no es esta una cualidad del tipo de la hermosura, la fealdad, la honestidad, sino que lo que hace a una persona pobre es su entorno. Las carencias con las que debe convivir.

Esta investigación se focaliza, principalmente, en las personas que viven en situación de indigencia aunque necesitamos de otros contextos socioeconómicos para poder observar y analizar diferencias y similitudes.

En la muestra sobre personas que viven en situación de calle encontramos que algunos viven propiamente en la calle y otros en hospederías. En general, las personas que viven en hospederías suelen comenzar pasando solo una o dos noches allí, de modo de asearse, comer algo caliente y dormir en una cama, pero muchos de ellos terminan viviendo por largas temporadas (de 6 meses a años) que pueden prolongarse hasta el final de sus vidas.

Otros viven en la calle, pero, cada tanto, pasan alguna noche en un parador. Tanto en la calle como en las hospederías encontramos un pequeño grupo de personas que presentan discursos delirantes.

La inmensa mayoría de los pacientes psiquiátricos internados en los grandes nosocomios proviene de las clases más pobres y su cronificación en los hospitales psiquiátricos también es consecuencia, entre otras cosas, de la situación de pobreza estructural de la que provienen, ya que aquellos que están insertos en el mercado laboral son tratados y/o internados a través de sus obras sociales y los que pertenecen a clases económicas acomodadas directamente pueden hacerlo en forma privada y, en muchos casos, no llegan a la internación porque pudieron acceder previamente a otras alternativas terapéuticas menos radicales. De todos modos, no debemos olvidar que existen casos, incluso algunos que se han hecho famosos por tratarse de familiares de personajes de la farándula o del *jet set* vernáculo, que sin provenir de clases sociales pobres han sido abandonados en nosocomios y descubiertos por algún periodista o estudiante de medicina.

El sujeto-objeto de la salud mental es un ser atravesado por lo social, cultural, económico y político lo que hace que no podamos limitarnos a una perspectiva simplemente biológica, o psicológica, ya que sería una perspectiva reduccionista que dejaría de lado las complejidades de su existencia individual y social.

Por la falta de políticas públicas para combatir realmente la pobreza y atender sus consecuencias, los pobres suelen terminar, en un gran

porcentaje, “alojados” en cárceles, neuropsiquiátricos u hospederías. El paciente con patología mental grave, además de serios problemas en lo que hace a su desempeño laboral y social, sumado a la pobreza en la que suele encontrarse, producto del desamparo social y de la expulsión familiar a la que se ve enfrentado con frecuencia, padece de una extrema vulnerabilidad. Todo esto incide, obviamente, en la evolución de su enfermedad.

“Es tan inhumano el encierro como todo intento de desinstitucionalización que se contente solo con el cierre de establecimientos. Un verdadero esfuerzo de desmanicomialización debe comenzar con campañas de información y educación a nivel público tendientes a erradicar los prejuicios sobre la locura, la modificación y actualización de la jurisprudencia sobre el tema, y la creación de mecanismos alternativos a nivel social y sanitario que garanticen un proceso de cambio gradual y efectivo. **La desmanicomialización debe ser una política de apertura:** apertura del encierro manicomial, apertura de nuevas fuentes laborales para los trabajadores y profesionales en Salud Mental, apertura de la mente para erradicar los prejuicios sociales, apertura científica para pensar nuevas estrategias terapéuticas y de recuperación, apertura de nuevos servicios que sirvan a la prevención y el tratamiento precoz de la enfermedad mental”, (CELS, 2007:cap.12)

Como solía decir el recientemente fallecido médico, psiquiatra y psicoanalista, Armando Bauleo, es necesario desterrar la idea de *manicomio* como depósito atemporal de los emergentes familiares o sociales de una comunidad.

Vivir en hospederías, asilos y nosocomios: la situación del más débil

Antes que nada queremos aclarar que es muy diferente la situación de las hospederías de la que se vive en clínicas de salud mental privadas y nosocomios. El solo hecho de considerar sus funciones marca una gran diferencia. La hospedería es un lugar asistencial y de caridad, muchas veces de origen religioso, de albergue temporario de personas que no tienen donde vivir, las clínicas y nosocomios son instituciones médicas que tienen como función el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales. Las hospederías tienen diferentes grados jerárquicos, están los religiosos que no asisten a los que se alojan allí, los voluntarios (que suelen ser estudiantes de facultades de diferentes Universidades), el personal pago de clase media baja o baja que dirige la parte asistencial y que tiene un contingente de “colaboradores” (en Chile llamados “tío-a-s) que son personas que viven ahí y que llegaron en la misma situación que sus compañeros-as, pero que obtienen “favores” (una parka o campera, un sweater, disposición absoluta

del control remoto del televisor, etc.) a partir de esta “colaboración. De cualquier forma, lo que nos interesa aquí, prioritariamente, es dar cuenta de lo que hemos encontrado en términos asistenciales y comunicativos, más allá de las responsabilidades que le quepan a cada institución.

Tal como están planteadas las cosas social, política y económicamente, la relación entre los internados o entre las personas que viven en estos lugares con la jerarquía que los cuida o ayuda no es para nada fácil. Mientras que en nuestro país en los nosocomios la comunicación no se ve obstaculizada por cuestiones de jerarquía sí lo está por cuestiones económicas, principalmente en la enfermería ya que hay muy poco presupuesto para estos cargos.

En las hospederías u otros lugares de asistencia “Los pobres pierden la interlocución asociada al manejo directo de sus relaciones familiares, a las redes de sus relaciones laborales e incluso se les invalida para tramitar por sí mismos la atención de salud y previsión.”... “Los marcos, roles, expectativas, temas y formas de comunicación con que se construye la relación entre el personal de acogida y apoyo asistencial y los internos están penetrados por usos manipulativos aunque no siempre deliberados de un discurso institucional despersonalizado y despersonalizante.” (Mizón, 2005, sin páginas).

En general, los pobres que viven en la indigencia y en la calle, son mayoritariamente hombres, por esta razón, solemos hablar de una masculinización de la indigencia. Ellos o han abandonado la casa familiar (mujer e hijos) o han sido echados, expulsados, porque no pueden mantener al grupo familiar. La pérdida del trabajo, la falta de changas, el consumo de alcohol y de drogas son una combinación peligrosa que pueden llevar al hombre a tener que vivir en la calle. Las mujeres, en cambio, cuando están en situación de indigencia o aún en situación de calle van acompañadas de sus hijos y es difícil, aunque no imposible, que abandonen todas las redes o conexiones familiares (llamada por nosotros feminización de la pobreza). El hombre, por el contrario, muchas veces por vergüenza, tiende mucho más a aislarse. Sin duda, la imagen social que se le impone de ser el “dador”, el que debe “proveer” a la familia contribuye a este aislamiento. Mientras que la mujer lleva sobre sí la obligación de ser madre como forma de ganar identidad frente a su entorno social y alcanza así más asistencia y cuidado, aunque eso le implique embarazarse a muy temprana edad³.

Los pobres al entrar en esta desconexión con sus vínculos familiares ingresan en un desamparo comunicativo por lo que “no sólo no tienen dinero sino que han perdido todo contacto y articulación con las redes de interacción social que al comienzo de sus vidas los incorporaron al tejido de la participación: familia, escuela, trabajo.” (Mizón, 2005: sin páginas).

Como sostiene Tenti Fanfani (1993) “Muchos coinciden en afirmar que la seguridad social tiene un precio en términos de reducciones de la libertad individual. El individuo asistido es al mismo tiempo un individuo vigilado, controlado, estigmatizado, “minorizado” y reducido de la posición de individuo a la posición de individuo asistido y, por lo tanto, desresponsabilizado”

Vivir en una hospedería o en un nosocomio es, al contrario de lo que pudiera parecer, enfrentarse a una gran des-socialización. Las instituciones de este tipo necesitan de reglas específicas, con las que puedan manejar horarios y rutinas, y una marcada diferencia entre los que trabajan en estos lugares y los que allí viven, lo que permite el control de los primeros sobre los segundos⁴. Esto además, acentúa la certeza para el grupo que trabaja allí, de que ellos definitivamente no pertenecen al grupo de los pobres que viven en la calle o de los locos. Así las personas que viven en las hospederías o que están internadas en los nosocomios permanecen en grandes patios donde raramente tienen tareas para hacer, talleres en los que participar, sino que solo pasan el tiempo aburriéndose y perdiendo sus habilidades sociales y comunicativas. No hay juegos, no hay charlas porque también dentro de estos grupos hay mucha desconfianza y la mejor diversión es el horario en que se prende el televisor.

Es importante destacar que en los nosocomios, los internados ni bien observan la llegada de alguien desconocido tienden a acercársele para pedirles cigarrillos, dinero, buscar contacto comunicativo o táctil, lo que no sucede para nada en las hospederías porque existe un mecanismo de control tan perverso que no se animan a aproximarse a menos que reciben permiso del director-a de la hospedería o de su tío-a. Inesperadamente, 40 años después y en una institución cuya función no es albergar ni tratar enfermos mentales se reproduce lo que observara Goffman en los años 60, en la estructura asilar (nosocomio) “Aunque alguna comunicación entre los internos y el personal que los cuida es necesaria, una de las funciones de los guardas [tío-a-s] es el control de la comunicación entre los internos y los niveles jerárquicos de personal.”, (Goffman, 1961:8 (nuestra traducción)).

En el ejemplo siguiente puede observarse la necesidad de uno de los hospedados de poder hacer actividades recreativas. Puede observarse la fuerza agentiva de la primera persona del singular para defender su necesidad de trabajar (en este caso en madera) “*yo digo madera porque a mí me agrada el trabajo ese*” y la oposición entre la atención que la hospedería le presta a las personas sanas versus a la que le brinda a los borrachos (*curados*).

Entrevista 1: Cód.: A-HC-27804**A (66 años)**

A: *¿Sabe qué me gustaría a mí aquí? Porque aquí hay harta gente oiga que... en el mismo caso mío hay harta gente que puede hacer algo, puede, trabajar. Por ejemplo tener un taller, digamos de madera, me entiende como, yo digo madera porque a mí me agrada el trabajo ese. [Él trató de organizar un taller y lo castigaron por la iniciativa]*

Si son somos como 100, entonces dentro de las ((100)) personas hay hombres que están bien capacitados, con la mente buena, hay algunos que son enfermos, pero pueden hacer algo (...) Y echan a la ((persona, por ejemplo)) aquí es bien atendido el curado ah, aquí, aquí le digo yo, aquí le dan más preferencia al curado que a la persona que está buena y sana, porque aquí llegan súper curados, curados, curados los gallos.

Parecería que el estado de borrachera es decir de indefensión y de falta de voluntad es privilegiado por los que trabajan en las hospederías, porque, precisamente, son más dóciles a sus mandatos y dependen más de las necesidades que estos trabajadores pueden proveerles y además refuerzan la necesidad de su trabajo: *digo yo, aquí le dan más preferencia al curado que a la persona que está buena y sana, porque aquí llegan súper curados, curados, curados los gallos.* Es notable la posposición de la primera persona del singular, que deja en foco a la primera persona en “digo yo”, lo que refuerza los dichos del hablante. Y si uno podía llegar a suponer que los sanos iban a quedar en posición remática y focal, se equivoca, al observar que el “porque” habilita un nuevo foco que centra una vez más la atención en los borrachos.

Esta persona había sido castigada por los trabajadores de la hospedería al tener la iniciativa de crear el taller, tal como lo señalamos en el texto (véase lo señalado entre corchetes).

Los ejemplos que siguen son importantes en tanto demuestran cómo estos sujetos se sobre adaptan a estas instituciones. Es tal la necesidad de las personas que viven en la calle de adaptarse a estos lugares para sobrevivir que el sometimiento y la anulación del pensamiento crítico son una constante en estas personas.

HC, 27-08-04**Cod.: PE-HC-27804****PE (75 años)**

E: Ernesto. Cuénteme; me gustaría saber... lo que usted me quiera contar, cómo llegó acá, o lo que usted quiera. Yo quiero conocerlo a usted.

PE: *Yo feliz... aquí lo paso bien yo. Es tranquilo. Lo mejor para nosotros es estar tranquilos. Al final no pasamos hambre. Tenemos desayuno; allá donde alojamos tenemos desayuno. Después nos traen pa' acá... aquí como a las 10 nos vuelven a dar desayuno otra vez. Aquí desayuno, almorzamos, tomamos onces, y de ahí nos llevan allá pal... para la hospedería. Llegamos allá, allí onces, y después como a las*

siete... siete y cuarto más o menos así... la comida. Y la tele po. Podemos ver películas...

...

E: Ah qué entretenido.

PE: *Lo pasamos bien. Después de la comida el que quiere va a acostarse, el que no... ve película... pero yo las encuentro aburridas, yo me voy a acostar...*

E: ¿Y hace cuánto tiempo está acá?

PE: *Yo llevo poco yo. A fin de marzo yo llegué aquí.*

E: Ah, poco.

PE: *Marzo, abril, mayo, julio... agosto. Llevo como seis meses. Es mejor que otros lados. Si uno está en la calle, uno tiene que andar botado, pasando frío. Aquí no po. Aquí se tiene su camita, te cambian las sábanas todas las semanas, las camas limpiecitas. Y si uno quiere bañarse, puede bañarse todos los días, día por medio, como quiera uno. Con agüita calientita. Shampoo, te pasan jabón... todas esas cuestiones. (()). Por CIEN PESOS... tiene, tiene desayunos dos veces, almuerzo, onces, después allá en la hospedería, onces y después comida... por cien pesos. Y la CAMA. Aónde va a dormir por cien pesos uno, en cama limpiecita (()), hacen el aseo todos los días, en las piezas po.*

Este ejemplo desde su inicio marca un uso expreso de la primera persona en posición pospuesta, esto es marcada, y por lo tanto reforzada, además de que aparece en la zona focal. Lo que PE recalca es que él es feliz en la hospedería y que lo pasa bien: *Yo feliz... aquí lo paso bien yo*. Ahora esa felicidad radica principalmente en la tranquilidad: *Es tranquilo. Lo mejor para nosotros es estar tranquilos*. Este uso del “para nosotros” define un grupo necesariamente diferenciado de otro para el cual la actividad puede ser algo positivo, en tanto para los que viven en la hospedería como mandato o reflexión propia la tranquilidad es lo más adecuado. Puede observarse cómo la tranquilidad tiene que ver con el ser llevado: “nos traen”, “de ahí nos llevan”, “llegamos allá”, regulado por ‘otros’ (los que “nos”), y todos este ir y venir se encuentra vinculado con la satisfacción de las necesidades básicas: *tenemos desayunos, vuelven a dar desayuno, almorzamos, tomamos onces, la comida* y finalmente el modal “podemos”, se les permite ver películas. Obsérvese como el hecho de recibir comida está verbalizado como una posesión: *tenemos, nos vuelven a dar*. Sin duda todas estas conductas justifican el argumento de que aquí no pasan al menos hambre y que en definitiva, a su vez, esto es estar tranquilos: adaptarse a estas reglas para poder subsistir. PE cierra esta parte de la historia de vida reafirmando su primer argumento: *la pasamos bien*. Aunque él como muchos se aburre ante, por ejemplo, en este caso, las películas: *pero yo las encuentro aburridas, yo me voy a acostar...*

Luego, nuevamente el uso de la primera persona pospuesta vuelve a marcar algo importante para el hablante, el tiempo que lleva en la hospedería: PE: *Yo llevo poco yo.* Sin embargo, PE lleva 6 meses ya en la hospedería. Y continúa con su argumento a favor de la hospedería: *Es mejor que otros lados.* Pero la comparación que surge no es otra hospedería o parador sino la calle. *Si uno está en la calle, uno tiene que andar botado, pasando frío. Aquí no po.*

Y es a partir de la frase anterior donde vemos como el *yo* se despersionaliza en el *uno*. Su estadía en la hospedería lo convierte en ese *uno despersionalizado* y en un ser pasivo: *Aquí se tiene, te cambian, te pasan jabón...* que se combina con el uso de diminutivos *su camita, las camas limpiecitas, con agüita calientita, en cama limpiecita*, que remiten a un lenguaje infantilizado (minorizado). Su actitud deja la agentividad para tornarse sumisa, obsérvense los modales “quiere”, “puede” sumado al condicional (*si*) que agrega además un matiz de posibilidad que revela el intento del hablante de justificar lo positivo de este lugar: *Y si uno quiere bañarse, puede bañarse todos los días, día por medio, como quiera uno.* Nótese como ahora el pospuesto está marcado por el *uno* en vez del *yo*. Continúa esta posesión del comer: *tiene, tiene desayunos dos veces, almuerzo, onces, después allá en la hospedería, onces y después comida...*

Y la última justificación, que de algún modo, da más sentido a su decir que es que por el costo de cien pesos (10 centavos de dólar) no puede pedirse más.

Esta despersionalización, pasivización y minorización del discurso de los hablantes no solo conforma una estrategia adaptativa por parte del hablante a la institución sino que además señala el comienzo de un deterioro de la personalidad, de sus posibilidades comunicativas y cognitivas.

Sin embargo, hay en ellos una gran contradicción con la que conviven mientras aún se resisten a un total sometimiento a las reglas. Ese es el caso, por ejemplo, de N, un hombre de más de 65 años que aún tiene la esperanza de salir de la hospedería. En el párrafo siguiente puede observarse una tensión entre la molestia que le genera que a su amigo ciego le hayan robado en el baño de la hospedería su camisa y el que este está bien atendido en el hospital a causa de la neumonía que se agarró, lo que implica una buena atención por parte de la hospedería también ya que esta lo hospitalizó.

N: *Bueno, en este momento está en el hospital porque al ciego le robaron las camisas, entonces aquí los voluntarios hacen que la gente se bañe después de la comida, recién comido hay que bañarse para que le den la ropa, entonces en esa circunstancia, mi amigo el ciego fue a bañarse y como él es corpulento como yo y las camisas...no nos abrochan...no encontró nunca la camisa y está él con principio de neumonía en el hospital, o sea de hecho, está bien atendido, está bien atendido.*

Nótese como N habla acerca de los voluntarios señalando que estos “hacen” que la gente se bañe después de la comida. Este matiz de obligación que N le da al verbo marca cierto autoritarismo por parte de los voluntarios a lo que le agrega cierta irracionalidad: “recién comido hay que bañarse para que le den ropa”. El verbo impersonal pero de obligación “hay” refuerza el autoritarismo del “hacen” y entabla una consecución con el hecho de que a uno le den ropa: “hay que bañarse recién comido si se quiere ropa”. También es importante como N se coloca en una posición marcada frente a su amigo N por medio de una comparativa y de una estrategia de cambio de jerarquización de la información: “como él es corpulento como yo”, en vez de: “como él es corpulento” o “como los dos somos corpulentos”. De este modo puede aliarse a su amigo ciego en la desventura “no nos abrochan”. Sin embargo, y más allá de que su amigo ciego, está con neumonía por culpa del robo que le realizaran los voluntarios de la hospedería, N sostiene que está bien atendido.

También N se autocalifica como indigente no solo porque es una persona que ha vivido en la calle y que está en la hospedería sino por el trato que recibe en esta, ya que nunca le dan nada:

N: Nunca le van a dar un terno, con excepción de 1 ó 2 personas que son los predilectos de la gente que maneja aquí. O sea uno no recibe una parka, por ningún motivo, aquí no existen parkas para los indigentes que estamos aquí, nosotros somos indigentes. No veo ninguna otra palabra para calificarlo.

Es importante notar que en esta frase la indigencia aparece en posición focal. “...somos indigentes.” y “ninguna otra palabra para calificarlo.”, (véanse subrayados). Esta última emisión, además, tiene una doble negación que refuerza aún más la calificación de indigente: “No veo”, “ninguna”. También denuncia el hecho de que hay “predilectos de la gente que maneja aquí” o sea de la hospedería. Todo el texto está reforzado por negaciones: *nunca, no recibe, por ningún motivo, no existen, no veo, ninguna otra*.

La práctica del trabajo de campo nos ha enseñado que tanto con las personas en situación de calle como con las que están en hospederías el narrar sus historias de vida (más allá de que sus relatos sean más menos verdaderos) suelen tener un efecto que podríamos llamar terapéutico, en tanto no solo estas personas se prestan amablemente a las charlas sino que estas se prolongan por horas y muchos quieren que volvamos a verlos.

El discurso de los sin techo en situación de calle muestra un carácter más rico en cuanto a la incorporación de voces, afirmaciones a sostener,

justificaciones en el plano argumental. Por lo tanto, el proceso discursivo identitario se mantiene más vital que en sus discursos:

SJ: Como código... como manera de subsistir. Ser compañero, ¿viste? Compartir... lo que hay siempre se comparte, se tira a la cancha. Por decirlo así, se tira a la cancha. Cuando se arma la mateada, o se arma... qué sé yo... uno lleva un paquete de fideos, otro lleva... otro lleva lo otro. Capaz que ni nos conocemos, ¿viste? Pero un poquito uno, un poquito el otro. Al lado de una olla grande... o al lado de una lata, porque a veces ni hay, (...) uno come calentito, charlamos, nos matamos de la risa, contamos chistes, a veces pinta alguno que otro de estos que andan en los colectivos con la guitarra, ¿viste? La pasamos bien, ¿entendés? Pero hay momentos, qué sé yo, cuando hay helada, así mucho frío, no se la pasa muy bien. (...) En la boca de los subtes, ¿viste? Igualmente la gente se porta muy bien, ¿viste? Si te ven que estás temblando no te van a dejar morir. Se van a acercar, ¿viste?, y te van a dejar una frazadita, te van a decir...

SJ tiene alrededor de 25 años, está en situación de calle, quiso ser arquitecto, me ha mostrado sus dibujos y planos, y vende la revista *Hecho en Buenos Aires*⁵, entre otros para poder subsistir. Su argumentación se orienta a valorar ciertos aspectos de la vida en la calle, como el compañerismo, el compartir, la rueda de amigos, la risa (lo contrario al aburrimiento señalado por las personas que viven en hospederías). Los chistes, la guitarreada y la solidaridad de la gente aún en los momentos malos que implica vivir en una situación de tanto desamparo. Esta tesis (en términos de Toulmin, 1958) valorizadora de la calle se ve justificada por la necesidad de subsistir, se convierte en un código para superar esta circunstancia de la calle, de allí el uso de los infinitivos como quien lista una serie de “obligaciones” que hacen a la vida de la calle: compartir, ser compañero, y la impersonalización: se tira a la cancha, se arma la mateada, cuando uno lleva un paquete de fideos, pero contrasta con el uso de la primera persona del plural *nos matamos de la risa, contamos chistes, la pasamos bien*. El uso de la primera persona del singular queda para marcar los dos momentos contrastivos de la calle mediante una frase hecha como *qué se yo*, en el que su primer uso señala lo positivo y el segundo lo negativo de vivir en la calle. Hay también una evaluación positiva de la gente en la argumentación que aunque impersonal pareciera tener también un mandato de ayuda hacia ellos. Pero lo importante de este relato es que no hay una minorización de la persona de la calle, ni una impersonalización que lo lleva perder su agentividad sino que hay usos de primeras personas plurales, de las singulares, de narraciones, y de una imagen cooperativa entre los que viven en la calle y entre estos y parte de la comunidad.

Sabemos que la discriminación en la calle es muy fuerte, que vivir en la calle es algo no deseable, pero también sabemos que frente a situaciones

extremas la socialización de estas personas es la única forma de tener una esperanza.

En cuanto a los discursos de los sin techo en situación de hospedería, estos muestran características que se asemejan más a las que son propias de los discursos delirantes: ausencia de la presencia del otro (por voluntad de ese otro), imposibilidad de acciones comunicativas y (de las otras) de carácter independiente, más allá de que sí pueden presentar afirmaciones y justificaciones en el plano argumental aunque hay un marcado deterioro en el discurso de estos hablantes.

La cuestión dimensional: 5 dimensiones comunicativo-cognitivas

Si hay algo que caracteriza a los “trastornos psicológicos y/o psiquiátricos” es su heterogeneidad, que algunos pretenden dejar plasmada en casi 300 categorías distintas de trastornos mentales como se puede observar en los diferentes manuales diagnósticos, nosotras preferimos abordar estos trastornos desde un enfoque dimensional en el que se clasifican los síntomas y no los sujetos-pacientes.

El enfoque categorial expresado en los sistemas tipológicos deriva principalmente del modelo médico que se basa en enfermedades discretas y en la existencia de una etiología diferente para cada enfermedad. Es el enfoque clasificatorio de los manuales diagnósticos⁶ (Buscaglia, 2007).

El enfoque dimensional no proviene de la medicina y las dimensiones son continuas. Es decir, se opone al concepto de la existencia de enfermedades discretas que son propias del modelo médico y que no se adecua fácilmente a la gama de manifestaciones psicológicas, afectivas, conductuales de las enfermedades mentales. Si bien los modelos basados en este enfoque dimensional plantean problemas a la hora de delimitar los trastornos dan una imagen más real de los cuadros clínicos que presentan los pacientes. Uno de los modelos basado en el enfoque dimensional sobre los síntomas negativos y positivos de la esquizofrenia ha dado muchos beneficios para la evaluación y tratamiento de los pacientes psicóticos (Crow, 1980; Crow 1985). Este mismo autor, como decíamos antes, años más tarde ha elaborado una interesante teoría sobre la etiología de la psicosis que va mucho más allá de la psiquiatría y que considera que es precisamente por tener lenguaje que el *homo sapiens* tiene psicosis. Es decir, “la psicosis es el precio que el hombre paga por tener lenguaje” (Crow, 1997, véase también Mitchell y Crow, 2005).

En la investigación anterior de Pardo (2008a) mediante el análisis del discurso es posible observar que hay una gradualidad en el deterioro tanto

comunicativo como cognitivo del paciente. Estudiar la psicosis desde el discurso permite dar cuenta del modo en que funciona esta alteración de pensamiento y lenguaje.

Dentro de dicha gradualidad, hasta ese punto de la investigación, Pardo reconoce 5 dimensiones lingüísticas: 1) la argumentacional, 2) la de la conciencia discursiva del delirio (una suerte de metalenguaje sobre la psicosis), 3) la metafórica, 4) la léxica y 5) la de la deixis.

Estas 5 dimensiones no cubren todo el espectro que puede estudiarse sobre el discurso delirante, sino que son las que han sido elegidas en esta investigación porque son las que aparecen como más relevantes en este corpus.

Dentro de cada dimensión pueden observarse subdivisiones que atienden a subaspectos y características de estas que, además, marcan un mayor y un menor compromiso cognitivo y, por lo tanto, comunicacional. De este modo, en la *Dimensión argumentacional y dialógica* (la más importante ya que hace a la estructura del texto y es la capacidad última en perderse en el plano comunicativo-cognitivo), (sobre distintas posiciones dialógicas véase Skinner, et al, 2001, Leudar y Thomas, 2000, Fernyhough, 2004) aquellos discursos que muestran narraciones o argumentos que pretenden dar evidencia de lo que se dice nos señalan una conciencia del 'otro' difícil de hallar en un psicótico. Las personas psicóticas que dan evidencia pueden además dar justificaciones, utilizar garantías en la argumentación, o utilizar el discurso indirecto. Una de las pérdidas fundamentales es la de la capacidad de dar evidencia lo que señala el comienzo del deterioro en esta dimensión. La siguiente gradación se da cuando el sujeto pierde la presencia de otros actores en su discurso y, en consecuencia, su relato se vuelve más yoico o más autorreferencial en términos psiquiátricos. Sin duda, otra pérdida importante que se da gradualmente es la de la posibilidad de introducir el Discurso Indirecto, ya que este implica la incorporación de la voz del otro, eje del problema de la psicosis. El último grado que pudimos relevar es el que muestra una ausencia total de justificaciones, garantías, discurso directo o indirecto y donde el discurso no solo es yoico sino que esa primera persona del singular se torna agentiva ya que la modalidad se pierde por completo.

En cuanto a la *Dimensión de la conciencia discursiva del delirio*, esta dimensión implica aceptar que la conciencia es una suerte de metalenguaje sobre el lenguaje y la mente. De este modo, los pacientes toman más o menos "conciencia" de la enfermedad y pueden hablar de ella, según sea su deterioro. Nunca podemos saber cuán conciente es una persona de tal o cual cosa, en este caso de su enfermedad, pero si podemos decir que en el discurso aparecen una serie de diferencias. Hay personas psicóticas que se refieren a su propia psicosis mediante el uso de la primera persona del

singular en caso agentivo, otras solo pueden hacerlo en tercera persona del singular y otras tienen una total ausencia de esta dimensión. En estas últimas la enfermedad aparece como un elemento dado desde el afuera.

La *Dimensión Metafórica del delirio* refiere a la posibilidad que tienen los psicóticos y delirantes de utilizar metáforas en sus discursos. El uso más elaborado implica lo que nosotros comúnmente entendemos como metáfora (Lakoff y Johnson, 1980) en donde esta, entre otros sirve para crear una analogía sobre la enfermedad (en este caso la psicosis). En otros pacientes la metáfora es muy simple y no permite metaforizar la psicosis. Finalmente, se produce lo que la psiquiatría ha llamado la literalización del significado, donde no hay lugar para la metáfora. Esta última, como bien sabemos, no solo es importante por el doble significado que permite y la comparación sino porque es un elemento de aprendizaje fundamental en el ser humano.

La cuarta *Dimensión* es la *Léxica*, esta refiere al uso de determinados lexemas. Es muy común que cuando la persona psicótica o delirante está poco deteriorada no solo delire mucho, sino que además se refiera constantemente a su propio delirio, caracterizándolo, y buscando su supuesta causa. Una señal importante de deterioro se produce cuando el paciente dice palabras que han sido llamadas “creaciones” aunque poco tienen de esto. Se trata de palabras que como no se recuerdan, el paciente repone por recuerdo de la onomatopeya o por significado o sonido similar con la palabra que realmente busca decir, por ejemplo: ‘entología’ por ‘ontología’ o alguna ciencia que termine con ‘logia’.

Finalmente, cuando el paciente está muy deteriorado pueden aparecer los términos sobre el sexo de modo casi imparable (esto va acompañado de masturbaciones continuas) producido por una mayor desinhibición cortical.

La *Dimensión Deíctica* es muy importante (Wilce, 2004). En las personas que padecen de psicosis es notable el aumento de la deixis neutra o sin referente como también el uso de archipalabras que permiten darle una gran cuota de ambigüedad a los discursos. Una señal muy importante de deterioro comunicativo y cognitivo es la ausencia de conectores que se produce en el discurso del paciente.

Todas estas dimensiones y muchas de sus características pueden observarse también en pacientes que sufren de otras enfermedades relacionadas con el lenguaje y la cognición como el Alzheimer, la demencia senil, etc.

Estas dimensiones y sus diferentes grados han sido estudiados detalladamente y ejemplificados mediante el método de análisis lingüístico sincrónico – diacrónico desarrollado por Pardo (1995, 2006, 2008c), tal como lo mencionábamos más arriba, en su más reciente investigación (Pardo, 2008a) y forma parte del Manual que sobre este tema nos encontramos trabajando.

A continuación presentamos un gráfico de las dimensiones antes explicadas:

	Menor compromiso cognitivo – Menor deterioro comunicativo			Mayor compromiso cognitivo- Mayor deterioro comunicativo
Dimensión Argumentativa y dialógica	Evidencia Uso de justificaciones Uso de garantías en la argumentación Discurso Indirecto	Uso de justificaciones Uso de garantías en la argumentación Discurso Indirecto	Mayor referencia a la primera persona del singular Discurso Directo	Falta de justificaciones No penetración de la voz ajena Uso de alta frecuencia de la primera persona del singular en caso agentivo
Dimensión de la conciencia discursiva del delirio	Uso de la primera persona del singular en caso agentivo para referirse al delirio	Uso de la tercera persona del singular para referirse al delirio		Ausencia de esta dimensión. La enfermedad aparece como un elemento dado por otro.
Dimensión Metafórica del delirio	Uso de metáforas con doble referente	Uso de metáforas de referente simple		Ausencia de la metáfora. Literalización del significado
Dimensión Léxica	Tópicos sobre delirio	Ausencia del tópico del sexo	Restitución de palabras	Aumento del tópico sexual
Dimensión Deíctica	Aumento de la deixis neutra o sin referente Uso de archipalabras			Gran ausencia de conectores

La relación entre el entorno y el deterioro comunicativo-cognitivo

El estudio anterior fue realizado en base a un corpus representativo y variado que contaba con personas en situación de calle y personas en hospederías con discursos delirantes, pacientes bajo tratamiento psiquiátrico y psicológico ambulante y pacientes de clínicas privadas. Además, las autoras han trabajado tanto en hospitales como en nosocomios,

especialmente en el Hospital Borda y el Hospital Álvarez, ambos de la Ciudad de Buenos Aires. El primero, como lo indicamos más arriba es un nosocomio que admite solo hombres y el Hospital Álvarez que es un hospital general de agudos en el que hay un servicio de psicopatología que cuenta con una sala de internación de hombres.

Al hacer el análisis sobre estas dimensiones y estudiar lingüísticamente las características del discurso psicótico y delirante observamos que existía también una división de la muestra según el lugar en el que estas personas desarrollaban sus vidas.

De este modo, y llamativamente, las personas con delirio en situación de calle se ubican en los grados de menor compromiso comunicativo y cognitivo, conjuntamente con los pacientes con contención familiar y tratamiento psiquiátrico y psicoterapéutico ambulatorio. Por el otro lado, en cambio, nos encontramos con pacientes en clínicas privadas y con personas que estando en la calle viven por largo tiempo en hospederías.

Sin duda, no se trata solo de una cuestión que está relacionada con el lugar físico y las reglas o el modo en que en estas se vive sino que esto se correlaciona con el tipo de familias de las que provienen los enfermos (contenedoras o ausentes o expulsoras) y de la importancia que estas familias y el estado le otorguen al tratamiento de esta enfermedad. Por supuesto, también esto depende de qué se entiende por tratamiento.

Relaciones humanas versus aislamiento

Una de las cuestiones más importantes que encontramos en nuestra investigación es el rol que las familias juegan en la vida de las personas con problemas comunicativos y cognitivos (ver lo referido a familia antes en este trabajo). Las familias pueden comportarse para decirlo taxativamente de forma contenedora o expulsora. Las primeras ayudan y apoyan al familiar con deterioro y las segundas tratan de alejarlos de sus vidas. No hay ningún paciente que necesite estar siempre internado en una institución psiquiátrica o en un manicomio. Todos los pacientes que observamos y que viven en estas situaciones han sido literalmente abandonados por sus familias. Ni el mito de la peligrosidad contra la sociedad o contra sí mismos es una excusa para dejar internado a un paciente de por vida (Rogoff, B. 1990). Hoy en día, con el advenimiento de los psicofármacos, todas estas situaciones son controlables. Estas aclaraciones son importantes porque pareciera haber una creencia popular que sostiene la creencia de que existen personas que “necesitan” ser internadas de por vida, lo que es falso.

La familia expulsora lleva a un integrante de la misma al manicomio porque lo considera loco y quiere apartarlo de la casa. El manicomio lo recibe, le hace el diagnóstico de enfermo mental grave que recibe

internación, con lo cual esa persona que era “libre” pasa a estar temporal o definitivamente discapacitada y a depender de la familia. Esta familia expulsora no es precisamente esto lo que quiere, ya que lo que busca es dejar al enfermo mental en el manicomio y alejado de la casa, y así esta persona queda en una situación extraña en la cual aquellos de quienes se supone depende, no quieren arrogarse tal “derecho-obligación” y el sujeto termina perdiendo todos sus derechos civiles ya que debe ser cuidado por el Estado. Si ningún “familiar a cargo” se hace cargo (valga aquí la redundancia), el enfermo mental queda en el nosocomio, ya que no puede ser “devuelto” a la sociedad y, de esta manera, se cronifica y pasa el resto de su vida en el manicomio.

El diagnóstico de enfermedad mental tiene un carácter casi definitorio que a su vez acarrea un estigma social, (aunque hoy también es un estigma social llevar, por ejemplo, la denominación de cartonero).

Por lo general, al “loco” se lo trataba de cuidar, la familia que tenía un tío, hijo o abuelo loco, intentaba cuidarlo, protegerlo, en algunos casos ocultarlo, y salvo excepciones, no se lo consideraba peligroso (ahora la peligrosidad es compartida, también se ve muy peligroso a un adolescente que vive en la calle o a un cartonero). Encontramos, entonces, una oposición entre la visión del ciudadano común (que hace a la cultura popular) y la de las instituciones:

CULTURA

ciruja
loco
pibe

INSTITUCIONAL

cartonero
enfermo mental
menor

Lo que hace que los que están en la columna de la derecha estén ubicados en un rango de inferioridad social y con mayor posibilidad de ser judicializados.

Nos parece entonces importante ejemplificar la relación entre situación contextual, discurso y deterioro comunicativo y cognitivo.

Etnografía y deterioro: ejemplificación

Hemos decidido para hacer más clara la observación comenzar con la gradación que da cuenta de la distribución de las personas según su deterioro en relación con su contexto social. Empezando por aquéllas que tienen menor deterioro hasta las que tienen un mayor grado.

El que sigue es un ejemplo del paciente que consideramos, dado nuestro estudio anterior sobre las dimensiones lingüísticas para determinar

el mayor o menor deterioro comunicativo-cognitivo-, en mejores condiciones.

Paciente en situación de terapia psiquiátrica y psicoanalítica, con contención familiar. *AR: Mujer, 70 años, en terapia desde hace 40, universitaria, recibida de psicóloga, psicosis erotómana.*

Este es el ejemplo con menor compromiso cognitivo y, por lo tanto, menor deterioro argumentacional de la muestra. Como vemos es una persona que ha podido seguir una carrera, trabajar aunque no establecer una familia propia. Tiene una hermana y una sobrina que son su entorno más próximo y que funcionan como familia responsable. Otro elemento fundamental es que hace 40 años que sigue un tratamiento psiquiátrico y psicoanalítico que le ha permitido mantener una gran estabilidad en su vida. El tratamiento, además, de las condiciones clásicas que estos tienen de por sí, fomenta en este caso particular, la escritura de AR lo que la ha llevado a escribir un libro sobre su enfermedad próximo a publicarse.

En el ejemplo puede observarse cómo AR mantiene la estructura argumental, aportando datos como que ella se encargaba de su hermana y de las tareas de la casa y justifica su modo de hacerlas “todo bien”, “casi perfectas” por miedo a recibir un castigo. Castigo que llegaba inevitablemente concluye (esto sería su *claim* en términos de Toulmin) puesto que “a pesar de su firme propósito”: “siempre”, estos dos datos serían evidencias subjetivas, “algo fallaba” lo que justifica la imposibilidad de la perfección. Vemos también estas claras razones de causalidad y efecto propias de la argumentación. Puede apreciarse acabadamente que más allá del delirio de AR, ella argumenta modalizando, haciendo uso de estrategias, que le permiten justificar su actitud cuidadosa hacia las tareas por miedo al castigo de su madre. Esta narración sobre su pasado aparece como una evidencia de que lo que dice es ‘verdadero’.

AR: *Desde muy chica yo me hice cargo de mi hermana llevándola y trayéndola de la escuela, además de tener que realizar tareas en la casa que debían ser casi perfectas para no recibir algún chirlo o rezongo, había días que me despertaba con el firme propósito de hacer... para no recibir todo bien pero imposible siempre algún castigo, algo fallaba.*

<i>Operador pragmático</i>	<i>Tiempo</i>	<i>Hablante</i>	<i>Verbo 1</i>	<i>Otros actores TAREAS</i>	<i>Lugar</i>	<i>Verbo 2</i>	<i>Consecuencias</i>
<i>además</i>	<i>[Desde muy chica</i>	<i>yo me</i>	<i>hice cargo</i>	<i>de mi hermana -la</i>	<i>de la escuela</i>		
			<i>llevando- y trayendo- de tener que realizar</i>	<i>tareas</i>	<i>en la casa</i>	<i>que debían ser</i>	<i>algún chirlo o rezongo</i>
<i>pero</i>	<i>siempre</i>	<i>que me</i>	<i>para no recibir despertaba con el firme propósito de hacer para no recibir</i>	<i>todo bien</i>			<i>algún castigo</i>
				<i>imposible algo</i>		<i>fallaba]</i>	

El ejemplo que sigue es el de una persona de la calle, con familia expulsora, y en el que su discurso se constituye en un delirio, pero que conserva muchas de las dimensiones antes mencionadas.

Persona en situación de calle, con familia expulsora. *ON: hombre, 55, años, en situación de calle, delirio narcisista.*

ON vive en la calle y subsiste, entre otros, mediante la venta de la revista *Hecho en Buenos Aires*, su discurso mantiene la argumentación aunque no utiliza justificaciones puesto que su certeza psicótica evita este

tipo de necesidad argumentacional. Toda su historia de vida se asocia a su trayectoria actoral (lo que puede verse en la categoría semántico-discursiva de igual nombre) y como sucede en muchos discursos de las personas delirantes la ausencia del otro como un actor para el que se argumenta no aparece en virtud de dicha certeza. Tampoco aporta datos internos, esto es que hagan a sus sensaciones, salvo en el caso de admitir la suerte que ha tenido de trabajar con determinadas figuras del cine o del teatro. Las dudas acerca de este discurso comienzan por si es creíble o no la narración de ON, en tanto, además, sostiene haber trabajado con Al Pacino, el sueño de su vida y no recuerda la película que hizo con él. Sin embargo, al vivir en la calle, ON ha desarrollado un discurso delirante bien estructurado, que linda entre lo creíble y lo que no, a la inversa de lo que sucede con LM (el ejemplo siguiente). De hecho, ON ha realizado un video para *Much Music* en el que se apoya la labor de *Hecho en Buenos Aires*. Su contacto con la gente a partir de la venta de la revista, su necesidad de sobrevivir, ha hecho que ON pueda mantener un diálogo cooperativo con el resto de la comunidad. Hay que reconocer, sin embargo, que ON ha sido abandonado por su familia y por el estado y que por eso está en situación de calle y sin medicar.

ON: *Volver a dirigir teatro, volver a dirigir cine... he hecho... no muchas películas, sí habré hecho 9 o 10 películas... pero tuve la suerte de, cuando las cosas me iban bien, de trabajar en el exterior. Que todo eso se lo debo gracias a Eduardo Rudy y al yerno, que ya se murieron los dos, Alejandro Rey, que gracias a ellos dos, tuve la suerte de conocer Estados Unidos, España, Francia y trabajar aunque sea 4 años y medio casi 5 trabajar al lado de Sylvester Stallone, de John Quinn, de Robert Redford,... y bueno, y el sueño mío era laburar con Al Pacino y lo logré...*

E: *¿En qué película?*

ON: *no me acuerdo porque pasaron tantas... fueron tantas películas...*

Operador	V1	Trayectoria	Tiempo	Hab-Prot.	Verbo 2
pero	[Volver a dirigir volver a dirigir he hecho habré hecho tuve la suerte de iban	teatro cine no muchas películas sí 9 o 10 películas... bien	 cuando las cosas	 me	

	de trabajar	en el exterior] [Que todo eso lo		se	
	debo	a Eduardo Rudy y al yerno,	que ya		murieron los dos
		se Alejandro Rey que gracias a ellos dos			
	tuve la suerte de conocer	Estados Unidos, España, Francia			
	trabajar trabajar		aunque sea 4 años y medio, casi 5		
		al lado de Silver Stallone, de John Quinn, de Robert Redford...[...]			
y bueno y		el sueño con al Pacino lo		mío	
y	era laburar				
	logré...]			me	
[mirá	no acuerdo,	tantas películas tantas...]			pasaron fueron

Paciente en situación de calle, pero viviendo actualmente en hospedería desde hace 7 meses. LM, varón, 70 años, vive en hospedería desde hace 7 meses. LM-HC-26504

En este caso, podemos observar a LM quien vive en la hospedería desde hace 7 meses y que muestra un discurso delirante, muy desestructurado en muchas de sus partes, con un uso de metáforas limitado, con un deterioro de la dimensión léxica importante que lo lleva a tener que utilizar términos que por analogía cree que son los adecuados, a esto lo denominamos “restitución de palabras” (Pardo, 2008a), (“entología” por ontología o alguna ciencia).

En algunos casos también su discurso deriva hacia lo sexual, propio de los estadios más graves en los que se presenta una desinhibición cortical.

L: y otra cosa que es el desarrollo, para traer comunicación, saber todos los lugar, país, entre odios, to ese cuestión desarrollo tiene que haber uno, el japonés tiene recorrido el mundo, todos los países, como viven, que es lo que comen, que es lo que siembran, como actúan, cómo purifican la tierra, cómo purifican los negocios, cómo purifican todo eso...no es muy grande allá, entonces yo le dije: Sra. Flor ¿pa dónde van los niños? A trabajar, ja, ja, ¿cómo van a trabajar los pirulos?, le dije yo, vamos de vuelta, vamos a pasar, como un subterráneo, de vuelta pasamos todos trabajando, medios días no más van al colegio, los chiquititos haciendo relojes.

Operador pragmático	desarrollo	V2	Actor-es	V3	Hab-Prot.	VI	tiempo	relojes
y	otra cosa que el desarrollo comunicación todos los lugar país entre odios to ese desarrollo	es para traer saber tiene que haber	uno el japonés	tiene recorrido				
entonces	el mundo todos los países cómo viven qué es lo que comen qué es lo que siembran cómo actúan cómo purifican la tierra, cómo purifican los negocios, cómo purifican to eso muy grande allá	no es	le a la Sra. Flor (los niños)		yo	dije [“pa dónde		

				<i>[a trabajar, ja, ja]</i>		<i>van los niños”]</i>		
			<i>(los pirulos) le</i>		<i>yo</i>	<i>[¿cómo van a trabajar los pirulos?] dije</i>		
					<i>todos</i>	<i>vamos de vuelta vamos a pasar</i>		
				<i>no más van al colegio</i>		<i>(como un subterráneo) de vuelta pasamos trabajando</i>	<i>medios días</i>	
			<i>los chiquititos</i>	<i>haciendo</i>				<i>relojes</i>

Si bien esta persona, al igual que otras, sufre un importante deterioro comunicativo y cognitivo mantiene aún cierta estructura argumental en la que el hablante argumenta a favor del desarrollo alcanzado por los japoneses (él es hijo de madre japonesa) justificado por LM por lo que él valora: los conocimientos alcanzados por los japoneses y su culto al trabajo, que incluye hasta los niños. Para dar evidencia de esto se vale del discurso directo, jugando teatralmente entre su decir y el de la Sra. Flor. Es importante aclarar que en personas con un marcado deterioro comunicativo este juego en el que el discurso directo se utiliza con mucha frecuencia, ya que es más fácil de incorporar que el indirecto, es muy común. Los “yo” pospuestos aparecen para remarcar los discursos directos que le sirve para justificar su decir. En la última parte los argumentos se vuelven delirantes al mencionar al subterráneo y a los relojes aunque son probablemente asociaciones que el delirante tiene con sus propias experiencias de vida relacionadas con lo que está expresando. También esto puede observarse en la larga lista de conocimientos que el hablante considera importantes para el desarrollo entre los que aparece el “cómo se purifica”. Estas alusiones a la

purificación, limpieza, quitado de manchas corporales o espirituales es muy común en los discursos delirantes.

En el párrafo que sigue el discurso es un poco menos delirante aunque puede observarse el uso mencionado anteriormente de la restitución de palabras. En este ejemplo, el hablante alude a su aburrimiento y falta de socialización en la hospedería.

- Qué le gustaría ahora por ejemplo

LM: Bueno, me gustaría caminar un poco, mirar que una parte que no ha mirado uno, tomar aire puro, socializarse otro pensamiento, otra entología, otro conocimiento, porque aquí encerrado muchas veces uno está aquí va a desarrollarse uno la misma cosa que ve todos los días, la misma cosa, igual que un plato, lo mira, se da vuelta y queda lo mismo, claro.

Operador Pragmático	Hablante-Protagonista	Verbo1	Otra cosa que la hospedería	La Hospedería	V2
Bueno	me	gustaría caminar mirar no ha mirado	un poco que una parte que aire puro		
	uno	tomar socializar-	otro pensamiento otra entología otro conocimiento		
porque	-se			aquí muchas veces aquí	
	uno	encerrado está va a desarrollar-		la misma cosa todos los días la misma cosa igual que un plato,	se da vuelta queda
y	-se uno que ve				
claro	lo mira			lo mismo	

Vemos como LM alterna el uso de formas de la primera persona del singular con otras generalizadoras como “uno”. El “me” en este caso sirve para

indicar su gusto (me gustaría caminar, mirar, tomar aire puro) lo que contrasta con lo que ese “uno” no puede hacer, uno no ha mirado, porque ese “uno” permanece “encerrado”, y se mezcla con los usos en tercera cuasireflejos: “socializarse”, “desarrollarse”. La hospedería aparece como un espacio (aquí) donde siempre se da la misma cosa, lo mismo, obsérvese la cantidad de repeticiones. Su argumento culmina con una metáfora que ejemplifica correctamente y de modo muy claro su sentir: “igual que un plato, lo mira, se da vuelta y queda lo mismo”.

Resulta interesante comparar este ejemplo con el de PE en el que también se observa un reiterado uso del “uno” y de la tercera persona del singular y una “minorización” de estos individuos.

Paciente en situación de terapia psiquiátrica y psicoanalítica internada en clínica privada. *SD: mujer, 23 años, internada en un nosocomio privado, esquizofrénica⁷ hebefrénica⁸.*

Este es el caso de una mujer muy joven que si no hubiese sido “expulsada de su casa” (como nos referíamos antes a las familias expulsoras) no tendría por qué estar internada. Acá no se puede hablar de ausencia de familia, ya que la madre la visita frecuentemente, pero no accede a llevársela a su casa. Este es, además, el ejemplo de mayor compromiso cognitivo y mayor deterioro argumentacional. Pero a pesar de lo grave de su diagnóstico y de su estado SD mantiene su estructura argumental. Contrariamente a lo que se sostiene en psiquiatría su lenguaje no se vuelve más infantil (a causa de su literalidad, supuesta creación de neologismos, desestructuración) ya que mientras los niños construyen un andamiaje completamente nuevo en su habla, en estos pacientes puede observarse el esqueleto, las ruinas de una lengua que se construyó y va derrumbándose lentamente. En el niño estos rasgos lingüísticos que implican el argumentar aún no aparecen en la superficie de su habla, mientras que en estos pacientes puede reponerse lo que falta a partir de esos espacios que conservan relaciones con los otros ítems léxicos, de tal modo, que pueden verse las otras voces y su fin comunicativo.

Obsérvese como la paciente mantiene las categorías gramaticales obligatorias. La realización de los Otros o Actores se ve muy empobrecida, en cambio se mantiene su identidad mediante la categoría de Hablante. Es la categoría semántico-discursiva de Hospital, conjuntamente con la de Alta la que funciona, prácticamente, como un ‘otro’ al que debe oponerse.

SD: *Se lo suplico jamah electroshock, cosa por el estilo, me perjudicaría mi síntoma, yo soy sana y sigo con una pena en el alma, un llanto, una tristeza, una nostalgia de permanecer en el poli, de empezar todos los días semejante rutina en el*

po, i uyy gente cucú, de repente gente agresiva los doctores con suhhh jeringa, camisah de fuerza, camisah de fortaleza, camisah de forze, camisa de forze alterado, de repente a mí me provoca pánico, y usted a los pacientes igual le ceden vacaciones siempre y a mí que le digo lahh vacaciones, es injusto, total seguiré los remedios en casa.

Operador pragmático	Hablante	Verbo1	Hospital	Alta	Otros actores	Verbo 2	Tiempo
y	me yo a mí me	suplico perjudicaría soy y sigo de permanecer de empezar	jamah electroshock cosa por el estilo con una pena en el alma un llanto una tristeza una nostalgia en el poli semejante rutina en el poli uyy gente cucú gente agresiva los doctores con suhhh jeringa, camisah de fuerza, camisah de fortaleza, camisah de forze, camisa de forze alterado pánico	lo mi síntoma sana	[se	provoca	todos los días de repente de repente
					usted a los		

y	a mí que	digo	igual	vacaciones	pacientes le	ceden	siempre
total		seguiré	injusto los remedios	lahh vacaciones en casa]	le	es	

Relación contexto social y mayor o menor deterioro comunicativo y cognitivo

En el siguiente cuadro mostramos la relación entre el grado de deterioro y los diferentes contextos sociales de los que provienen las personas que sufren psicosis o delirios en los ejemplos exhibidos en esta última parte del trabajo:

Menor compromiso cognitivo – Menor deterioro comunicativo	Grados intermedios de compromiso cognitivo- comunicativo que avanzan hacia un mayor compromiso.	Grados intermedios de compromiso cognitivo- comunicativo que avanzan hacia un mayor compromiso.	Mayor compromiso cognitivo- mayor deterioro comunicativo
<i>Familia contenedora- terapia – practicas discursivas variadas</i>	<i>Familias no contenedora – en situación de calle – sin medicación</i>	<i>Familias no contenedora – en situación de calle – sin medicación</i>	<i>Familia no contenedora, personas en nosocomios estatales y privados familia expulsora - en hospedería</i>

Conclusión

Después de varios años de estudio y de diferentes trabajos que ya hemos citado en la Introducción hemos intentado proveer algo que encontramos con mucha frecuencia y que es muy difícil de demostrar en un trabajo con pocos ejemplos y donde debemos apelar a la fe y confianza de nuestros

lectores. Sin embargo, creemos haber dado, al menos, una idea de cómo funciona el aislamiento en relación con el deterioro comunicativo y cognitivo tanto en personas que no son psicóticas o delirantes como en las que sí. El aislamiento social profundiza el deterioro tanto de la comunicación como de las capacidades cognitivas de las personas (esto es observable en el cuadro). Ni las hospederías, ni las clínicas privadas, ni los manicomios, ni la vida en la calle, tendrían que existir de no haber familias expulsoras y no contenedoras. Allí, entre otros muchos lugares, llevamos como sociedad a quienes nos molestan de una u otra forma, los debilitamos, les quitamos su identidad, los minorizamos quitándoles sus derechos para luego consolarnos con el acto de la caridad.

Sin duda, tratamientos como el “diálogo abierto” (*open dialogue*), (Seikkula, et al. 2006) entrena al sujeto en actividades lingüísticas y sociales alcanzan una función reparadora y positiva. Estas terapias resultan muy alentadoras y muestran la importancia del tratamiento en familia, no hospitalizado, y en el que alcanzar una nueva comunicación conviviendo con el delirio dan como resultados importantes mejorías.

Notas

¹ En H. Du Touquet, *De la condition des classes pauvres*, 1846 en Michel Foucault, *Vigilar y Castigar. Nacimiento de la prisión, Siglo Veintiuno Argentina*, 1989

² Brevemente, podemos decir que la perspectiva de este método es sobre todo semanticista sin dejar de lado, por esto, la gramática. Este método pretende dar cuenta tanto de las categorías que se denominan semántico discursivas como de las gramaticalizadas y de las propiedades lingüísticas que efectivizan dichas categorías en el texto (práctica textual). Dichas categorías pueden relevarse en relación con otras (en la sincronía de la emisión) y a la vez consigo mismas (en la diacronía del texto). El criterio por el cual se identifican estas categorías de tipo semántico está vinculado al campo léxico, es decir, una serie de repeticiones que funcionan como cohesión para el texto y, por lo tanto, conllevan también una repetición de tipo gramatical. Las categorías no son elaboradas deductiva o apriorísticamente, sino que surgen de modo inductivo del texto en sí. Dado que las categorías semántico-discursivas varían de texto a texto, pero las gramaticalizadas no, considero importante enunciarlas y explicarlas sucintamente:

Hablante-Protagonista (H-P): entendiéndolo aquí cualquier persona pronominal, o cualquier referente nominal que asuma el *argumento* del Hablante. Esta categoría, es importante aclarar, no necesariamente aparece en la posición de Sujeto gramatical o lógico de la emisión.

- *Verbo 1* con el que el Hablante-Protagonista acciona de alguna manera. Este verbo señala *solo* las acciones del *Hablante-Protagonista* y no las de otros actores en el texto.
- *Actor/Actores*: cualquier persona pronominal o referente nominal que toma los *argumentos opuestos* a los que sostiene el *Hablante-Protagonista*.
- *Verbo 2* con el que el *Actor/Actores* accionan.
- *Tiempo* y

- *Lugar*

Tanto la categoría de *Tiempo* como la de *Lugar* responden a la orientación Espacio-Temporal necesaria y obligatoria de cualquier texto.

- *Operador pragmático*: suele aparecer en todos los textos y tiene distintas funciones, desde la de señalar al oyente-lector cómo debe interpretarse esa parte de la emisión, cómo conectar distintas emisiones o sectores en la emisión, hasta cómo el hablante puede interpelar o lograr la complicidad del oyente o lector.
- *Negación*: es lo que denomino una categoría flotante ya que puede aparecer negando al verbo o a otras palabras o sectores de una emisión. Esta categoría no tiene el mismo grado de obligatoriedad que las restantes.

³ Sobre este tema nos encontramos trabajando conjuntamente con médicas, sociólogas y psicoanalistas del Hospital Larcade de San Miguel, Provincia de Buenos Aires. En este equipo trabajan especialmente la Lic. Ana Cravero y la estudiante Lucía de la Vega.

⁴ Tampoco hay que pensar que todo aquel que tiene vocación de carcelero se dedica a la psiquiatría. A la gran mayoría de los psiquiatras de hoy en día no les gusta cumplir esa función ni sentirse guardianes del orden social y-o familiar.

⁵ La revista Hecho en Buenos Aires es un proyecto no gubernamental que tiene por objetivo brindar un primer trabajo a las personas en situación de calle ya que les permiten la venta de la revista por la que ganan dinero en proporción a su venta. Este proyecto está subsidiado por el British Council.

⁶ Desde hace más de cinco décadas existen dos "manuales diagnósticos" el DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) elaborado por la American Psychiatric Association, que ya va por su versión IV revisada y la ICD (*International Classification of Diseases*) elaborada por la Organización Mundial de la Salud, que cursa su versión 10 (DSM-IV y ICD-10) utilizados en casi todo el mundo, cuyo objetivo es que los profesionales de la Salud Mental de diferentes latitudes manejen la misma nomenclatura, con las consecuentes ventajas clasificadoras y las desventajas reduccionistas, pues se ha perdido toda la riqueza de las meticulosas y casi literarias descripciones clínicas de la psiquiatría clásica.

⁷ En la jerga psiquiátrica y psicoanalítica el concepto genérico es el de psicosis y la especie dentro de este género es la esquizofrenia.

⁸ La forma hebefrénica de la esquizofrenia o enfermedad de Hecker es una psicosis postpuberal, caracterizada por el puerilismo, la pasividad, un comportamiento muy inadecuado y una acentuada disgregación de la personalidad.

Bibliografía

Berardi, L. (2003). *Análisis Crítico del Discurso. Perspectivas latino-americanas.* Santiago de Chile: FRASIS

Bolívar, A. y Khon (1999). *El discurso político venezolano. Un estudio multidisciplinario.* Caracas: Comisión de estudios de posgrado y Fondo Editorial Tropikos.

Buscaglia, V. (2007). Ponencia: "Influencia de la marginalidad en el discurso delirante". II Coloquio de la REDLAD. Universidad nacional de Bogotá. Colombia.

- CELS. Informe (2007).** Capítulo 12 “Los derechos humanos y la salud mental en Buenos Aires”
- Crow, T.J. (1980).** Molecular pathology of schizophrenia: more than one disease process? *British Medical Journal*, 280, 66-68.
- Crow, T.J. (1985).** The two-syndrome concept: origins and current status. *Schizophrenia Bulletin*, 11, 471-486.
- Crow, T.J. (1997)** Is schizophrenia the price that Homo sapiens pays for language? *Schizophrenia Research* 28, 127-141.
- Crow, T.J. (2000).** Schizophrenia as the price that Homo sapiens pays for language: a resolution of central paradox in the origin of the species. *Brain Research Reviews* 31 (2000) 118-129.
- Van Dijk, T. A. (1999).** *Ideología*. Barcelona: Gedisa
- Domínguez, M. (2007).** “La representación discursiva de los pobres en el discurso de Hugo Chávez,” en: *Actas del Primer Coloquio de la Red Latinoamericana de Estudios del Discurso*, Buenos Aires.
- Fernyhough, Ch. (2004).** “Alien voices and inner dialogue: towards a developmental account of auditory verbal hallucinations.” *New Ideas in Psychology* 22 (2004) 49-68
- Freud, S. (1981 [1923]).** *El yo y el ello, Obras completas*. Tomo III, Madrid: Biblioteca nueva.
- Garcia da Silva, D. E. (2007).** “Discurso institucional e identidades de moradores da rua.” *7mo Encontro Nacional de Integração em Língua Oral y No verbal y II Simposio Nacional de ACD*, San Pablo, Brasil.
- Goffman, E. (1961).** *Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. New York: Anchor Books,
- Grice, H.P. (1975).** “Logic and Conversation”, en P. Cole y J.L. Morgan (eds.). (1975). *Syntax and Semantics* No. 3. *Speech Acts*. New York: Academia Press.
- Lakoff, G. y M. Johnson. (1980)** *Metaphors we live by*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Lavandera, B. (1985).** “Decir y aludir: Una propuesta metodológica”. *Filología* 20, 2. *Instituto de Filología y Literaturas Hispánicas Dr. Amado Alonso.*, 21-31
- Leudar, I. y P. Thomas. (2000).** *Voices of reason, Voices of Insanity*. Studies of Verbal Hallucinations. London: Routledge.
- Melo Resende, V. (2006).** *Análise de discurso crítica*. Sao Paulo: Editora Contextos.
- Mitchell, R. y Crow, T. (2005).** “Right hemisphere language functions and schizophrenia: the forgotten hemisphere?” *Brain* (2005) 128(5):963-978
- Mizón, M.I. (2005)** “El quebrantamiento de la reciprocidad en los indigentes o el temor a la ausencia del otro” Panel plenario Pardo,

M.L, M.I. Massone, V. Buscaglia, M. Mizón: *El discurso interno o el dialogismo en la pobreza y la indigencia: una mirada argentino-chilena multidisciplinar.*

- Montecino Soto, L. (2007)** “Aquí estoy, solo... no tengo dónde estar: los indigentes y la construcción discursiva de su imagen aquí – ahora”, en: Pardo, M.L. (en prensa). *El discurso de la pobreza en América Latina*. Santiago de Chile: FRASIS
- Pardo Abril, N. (2006).** *Cómo hacer análisis crítico del discurso. Una perspectiva latinoamericana*. Santiago de Chile: FRASIS
- Pardo, M. L. (1995).** *La gestación del texto: la emisión líder*. Tesis doctoral. Facultad de Filosofía y Letras. Universidad de Buenos Aires. Ms.
- Pardo, M. L. (1996).** *Derecho y Lingüística. Cómo se juzga con palabras*. Buenos Aires: Nueva Visión. 2da. Edición corregida y ampliada.
- Pardo, M. L (2006).** “Un análisis acerca del discurso neoliberal en la Argentina y sus consecuencias. El concepto de familia en el discurso de los indigentes argentinos y chilenos”, en: Ortiz, T y M.L. Pardo (comp.) 2006. *Estado posmoderno y globalización. Transformación del estado-nación argentino*. Buenos Aires: Departamento de Publicaciones de la Facultad de Derecho de la Universidad de Buenos Aires y Editorial MPS, pp. 83-102
- Pardo, M. L. (2008a), plenaria:** “El discurso como herramienta de diagnóstico en la psicosis. Un estudio lingüístico-psiquiátrico del deterioro comunicativo”, en: *Spanish in Society Conference 2008. Swansea University, Wales, UK. 27 al 29 de abril del 2008* (Actas en prensa).
- Pardo, M. L. (2008b).** *El discurso de la pobreza en América Latina*. Santiago de Chile: FRASIS.
- Pardo, M. L. (2008c).** “Primera aproximación a una Metodología para la investigación lingüística del discurso”, en: Pardo, M. L. *El discurso de la pobreza en América Latina*. Santiago de Chile: FRASIS.
- Pardo, M. L. y B. Lerner. (1999).** “Psicosis Social: un trabajo interdisciplinario desde la Lingüística y la Psicología”, *Filología*. No. 1-2, 1999, 95-120
- Pardo, M. L., y B. Lerner. (2001).** “El discurso psicótico: una visión multidisciplinaria desde la Lingüística y la Psiquiatría”, *Revista Signos*, Vol. XXXIV, No. 49-50, 2001, p. 139-148.
- Pardo, M.L. y Buscaglia. (en prensa).** *Manual de lingüística y psiquiatría sobre el discurso de la psicosis*. MS.
- Pereyra, C. R. (1991).** *Semiología y psicopatología de los procesos de la esfera intelectual*. Buenos Aires: Editorial Salerno

- Seikkula, J., J. Aaltonen , B. Alakare, K. Haarakangas, J. Keränen y K. Lehtinen. (2006).** “Five years experience of first episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies.” *Psychotherapy Research*, March 2006, 16 (2) 214-228
- Rogoff, B. (1990).** *Apprenticeship in Thinking. Cognitive Development in Social Context.* Oxford: Oxford University Press.
- Skinner, D, J. Valsiner y D. Holland. (2001).** “Discerning the Dialogical Self: A theoretical and Methodological Examination of Napali Adolescent’s Narrative.” *Forum Qualitative Social Research.* Vol. No. 2 – September 2001
- Tenti Fanfani, E. (1993).** “Cuestiones de exclusión social y política”, en: *Desigualdad y exclusión. Desafíos para la política social en la Argentina de fin de siglo.* UNICEF, Losada.
- Toulmin, S.E. (1958).** *The uses of argument.* Cambridge: Cambridge University Press.
- Wilce, J. M. (2004).** “Language and madness”, en: A. Duranti (ed.) 2004. *A Companion to Linguistic Anthropology.* Oxford: Blackwell, Ch. 18, 415-430
- Wodak, R. (2000).** “¿La sociolingüística necesita una teoría social? Nuevas perspectivas en el Análisis Crítico del Discurso”, en: *Discurso y Sociedad.* Vol. 2, No. 3, septiembre 2000.
- Zizek, S. (2003 [1988]).** *El sublime objeto de la ideología.* México: Siglo XXI

Notas biográficas



María Laura Pardo es Dra. en Letras (Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires). Directora del Departamento de Lingüística del Centro de Investigaciones en Antropología Filosófica y Cultural perteneciente al CONICET.

Investigadora del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas de CONICET. Profesora de *Los lenguajes de los Medios de Comunicación Social* de la Facultad de Letras de la UBA. Codirectora del Proyecto UBACYT. *Estado Posmoderno y globalización. Transformación del Estado-nación Argentino*. Ex Presidente de la Sociedad Argentina de Lingüística, ex Secretaria General de la Asociación Latinoamericana de Estudios del Discurso (ALED). Ha dado clases y conferencias en distintas Universidades argentinas y del extranjero. Tiene libros y artículos publicados en revistas nacionales e internacionales. Se especializa en Análisis Crítico del Discurso político y legal y en Metodología de la Investigación Lingüística. Actualmente trabaja sobre el discurso de las personas en situación de pobreza extrema en Buenos Aires.

E-mail: pardo.linguistica@gmail.com



Virginia Buscaglia es médica psiquiatra (Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires) y psicoanalista. Es miembro del CIAFIC-CONICET e investiga en el área de Salud Mental y sordera. Es la creadora de ECOSOR — equipo para la comunidad sorda — el primer equipo de atención psiquiátrica, psicológica en el Departamento de Psicopatología y Salud Mental del Hospital Teodoro Álvarez. Actualmente su investigación se centra en el discurso de personas psicóticas en situación de pobreza.

E-mail: vbuscaglia02@yahoo.com.ar