

Natalia Díaz Alegría

La dialogicidad dentro de un discurso psicótico

El análisis dialógico, entendido como un tipo de análisis del discurso, concibe a éste siempre acentuado subjetivamente, independiente de las prácticas sociales-discursivas que estén aconteciendo. De ahí que esta manera de comprender el lenguaje deje entrever un planteamiento fundamental dado por las “voces” que están incorporadas en los enunciados que los hablantes van co-construyendo desde dentro de un contexto sociohistórico determinado.

No obstante, esta concepción de lenguaje se ve en crisis al momento de analizar un discurso producido por un hablante que padece de psicosis, debido a que se observa un importante deterioro comunicativo. Sin embargo, este deterioro no implica la ausencia de voces que dialogan entre ellas y que se generan a partir de la presencia de un otro.

De lo anterior, se desprende la propuesta que se realiza en el presente artículo, es decir, explorar inductivamente cómo la dialogicidad opera en una persona psicótica que, a su vez, dialoga con su psiquiatra en un contexto terapéutico. Finalmente, para dar cuenta de ello se ha utilizado el modelo de análisis de enunciación dialógico propuesto por las investigadoras Larraín & Medina (2007).

The dialogical analysis, understood as a type of discourse analysis, conceives it always with a subjective emphasis, regardless of the social-discursive practices that take place. Therefore, this way of understanding language allows us to notice a fundamental idea given by the “voices” in the utterance that speakers co-construct from within a particular social and historic context.

However, this notion of language faces serious problems when analyzing discourse of a patient suffering from psychosis, mainly because of the inherent communicational difficulties this condition causes. Yet this does not imply the absence of dialoguing voices, voices that are in turn generated by the presence of the other.

This paper is an attempt to explore precisely how this relationship operates with a psychotic person dialoguing with his psychiatrist in a therapeutic context. Our research uses the dialogical utterance analysis model schematized by Larrain & Medina (2007) to approach this phenomenon.

Introducción

El presente trabajo nace a partir de una problemática que se ha arrastrado desde hace varias décadas en cuanto a la conceptualización de la Psicosis, puntualmente su característica de *empobrecimiento del lenguaje* o su *no cumplimiento del éxito comunicativo* desde una perspectiva psiquiátrica que basa sus postulados en una lingüística formalista. Inmediatamente esto genera como consecuencia, el silenciamiento de las voces de estos hablantes; vale decir, la discriminación de la sociedad para con éstos, en cuanto a su participación en ciertas prácticas sociales.

Ante tal panorama, más las reflexiones que se han abordado a lo largo del presente curso, se puede especular que se ha tratado la psicosis desde un punto de vista dialogal pero no dialógico, es decir se la ha abordado desde la dicotomía monológico versus dialógico, pero en tanto actividad dialogal¹. Sin embargo desde una postura dialógica, donde se encuentra una propuesta dinámica y material del lenguaje, se podría encontrar que un psicótico estaría comunicándose de manera dialógica y no monologal, de una manera donde sus redes semióticas que se distribuyen en su cadena signica no están ubicadas fuera de una práctica dialógica. Vale decir, si se observa esto desde los postulados de Bajtín (1988) no están posesionadas fuera de las relaciones dialógicas que estarían siendo inherentes al lenguaje, a la palabra viva.

Desde este contexto teórico, se puede comenzar a discutir la noción dialógica que se encuentran en un discurso psicótico, específicamente las relaciones dialógicas que están presentes en los movimientos dialógicos que se están co-construyendo en una interacción paciente-psiquiatra, como se da en el corpus seleccionado.

21 { díaz alegría

Investigación

1. Objetivo general

Por lo expuesto en el apartado anterior, el objetivo que pretende abordar este estudio exploratorio es dar cuenta de los movimientos dialógicos que se encuentran a lo largo de los distintos enunciados que conforman el corpus obtenido.

Para describir estos movimientos dialógicos se utilizará el *análisis de la enunciación* propuesto por Larraín & Medina (2007), quienes a partir del modelo postulado por Ducrot (1986) sobre una enunciación polifónica, se centran en los diferentes movimientos y posiciones que van tomando las distintas voces que surgen de los enunciados.

2. Metodología

El presente estudio se origina desde un corpus ya establecido que consta de dos sesiones que ha tenido una paciente diagnosticada con *esquizofrenia hebefrenia paranoia*, por distintos psiquiatras que la han evaluado en su estancia dentro del Instituto Psiquiátrico José Horwitz. Por enmarcarse este estudio dentro de una investigación exploratoria², se ha debido trabajar con una paciente diagnosticada, dado que las dos sesiones que son abordadas no permiten hacer diagnóstico.

Frente a este corpus la investigación se presenta bajo un carácter inductivo; en otros términos, se trata de dar cuenta de una clasificación sistemática de los movimientos presentes en el corpus, para poder establecer, de esta manera, ciertas regularidades presentes en ellos. Por otro lado, este trabajo se enmarca dentro de una metodología cualitativa dado que se apunta al estudio de caso. Por último el análisis de discurso funciona aquí como teoría y método a la vez ya que servirá para pesquisar, desde ciertas nociones lingüísticas, las relaciones dialógicas que se trazan dentro de estos textos. Dicho en términos categoriales, a partir de las categorías de enunciación (Larraín & Medina, 2007) se pretende desarrollar los objetivos que se plantean en el presente trabajo.

3. Antecedentes etnográficos de la hablante

La hablante se llama Denisse. Al momento de su quinto ingreso al Instituto Psiquiátrico, tenía 24 años. Ella alcanzó a terminar su enseñanza media, en un colegio técnico profesional, donde se tituló de secretariado. Sin embargo, nunca realizó la práctica de esta carrera técnica. La paciente pertenece a un nivel socioeconómico bajo, grupo D, según los estudios económicos que se encuentran publicados en www.adimark.cl.

En cuanto al contexto terapéutico, donde se desarrollan los discursos seleccionados para este estudio, las sesiones a las que asistió la hablante se realizaron, principalmente, bajo la forma de una entrevista estructurada desde los fundamentos fenomenológicos. Esta consistía en dejar hablar a la paciente para intentar observar los fenómenos psicopatológicos que iban apareciendo en su discurso, con ello evaluar la satisfacción o no del tratamiento farmacológico que se le estaba diagnosticando. En resumen, los objetivos de la terapia eran evaluar la persistencia de lo psicopatológico y los efectos farmacológicos. De ahí que la mayoría de las sesiones, una vez estando la paciente compensada, abordaban lo biológico y lo psicoeducacional familiar para asegurar la comprensión de la patología y el cumplimiento del tratamiento por parte de la paciente.

4. Corpus

El corpus³ utilizado consta de dos sesiones que se han realizado dentro del tratamiento hospitalario a una paciente diagnosticada con un cuadro esquizofrénico hebefrénico paranoico. La primera entrevista corresponde al día 15 de mayo de 2006; la sesión la realizó el Dr. Dör, médico jefe del servicio A del Instituto Psiquiátrico José Horwitz, quien la examinó por primera vez en su ingreso al Instituto Psiquiátrico, Instituto de salud pública. Luego la segunda entrevista, datada el 18 de mayo de 2006, corresponde a una sesión de rutina que realizó el psiquiatra que la está atendiendo, Dr. Álvarez de Araya dentro del mismo recinto. Cabe destacar que en esta sesión la paciente estaba bajo una dosis diaria de seis clozapina, medicamento especial para tratar los cuadros psicóticos.

Primera parte: antecedentes teóricos

1. Definición de Psicosis

Para el psiquiatra chileno Hernán Silva (1993) el modo como se conceptualiza teóricamente la esquizofrenia tiene una gran influencia en todos los aspectos de su comprensión. En esta oportunidad se define la psicosis, puntualmente su especie la esquizofrenia, desde el punto de vista psiquiátrico que opera hoy por hoy en los manuales de salud mental.

Según el DSM-IV la *esquizofrenia* se comprende de la siguiente manera:

Es una alteración que persiste durante por lo menos 6 meses e incluye por lo menos un mes de síntomas de la fase activa (p. ej., dos [o más] de los siguientes síntomas: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico y síntomas negativos). También se incluyen en esta sección las definiciones para los subtipos de esquizofrenia (paranoide, desorganizada, catatónica, indiferenciada y residual) (p. 279).

De este modo, un sujeto esquizofrénico, según el Ministerio de Salud de Chile (2005), se caracteriza por presentar distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, estas últimas en forma de falta de adecuación de ellas. También el trastorno compromete las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma. Debido a ello es que se encuentra en las personas afectadas por trastornos esquizofrénicos un deterioro en su capacidad de relación con el medio, en su funcionamiento social y en su participación en las actividades compartidas.

Además, por la particularidad del paciente que produce este corpus, es necesario esclarecer qué se entiende por “esquizofrenia paranoica” y “esquizofrenia hebefrénica”. Para ello se exponen las ideas de Kraepelin⁴ (1899), quien al abordar estas formas clínicas de la demencia precoz o esquizofrenia, como se conocerá desde Bleuler en adelante, realiza la siguiente descripción:

{ La forma hebefrénica⁵: la hebefrenia propiamente tal, 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.

{ La forma paranoide o delirante, se caracteriza por una gran actividad alucinatoria y delirios incoherentes que dominan el cuadro clínico. La autorreferencia no sólo posee carácter persecutorio, sino que también puede poseer tinte de grandeza o las dos situaciones combinadas. Es habitual que el paciente comience a sentirse diferente y al mismo tiempo que las cosas y las personas se transformen, que sean distintas, extrañas. Luego, el delirio se constituye y las ideas de autorreferencia aparecen con la certeza absoluta que les es propia. Es frecuente que aparezcan alucinaciones auditivas. También es usual encontrarse con episodios de revelación, que irrumpen en forma

brusca y cambian el curso de la vida del paciente, marcando el comienzo del estado esquizofrénico (en Silva, 1993, p. 36).

Por último, se puede puntualizar que ambas formas comparten el síntoma negativo, tal como se expone en el DSM- IV, "...lenguaje desorganizado" (pp. 292- 293).

2. Estado del área: estudios interdisciplinarios que han trabajado el discurso psicótico

Desde un estudio interdisciplinario llevado a cabo por Pardo y Lerner (1996/ 2005) destacan ciertos aspectos que encierra un discurso psicótico. Estas características se agrupan, según las citadas investigadoras, en el *delirio discursivo*. Este se define por las siguientes categorías que se encuentran en él:

{ Fijeza: el discurso no admite variación en lo sintáctico ni tampoco en lo semántico, sobre todo en el aspecto de la referencia léxica y en el juego de roles discursivos.

{ Impenetrabilidad: el discurso es autoritario o monológico.

{ Monológico: este discurso no admite otra voz que la propia (discurso directo) o utiliza las voces de otros como confirmación de sí mismo. En otros términos, lo monológico no admite confrontación interactiva con ninguna voz opuesta a él en la realidad, aunque dentro de sí mismo puedan existir voces de estatuto polifónico "ficcionalizado".

{ Sistema de creencias: este discurso delirante individual posee un sistema de creencias netamente fijo al menos en el nodo central de su problemática. De ahí que sea necesario definir cuál es la ideología que ampara este tipo de discurso.

24 { texturas 7-7

Asimismo, otro estudio enmarcado también en una línea interdisciplinaria realizado por Massone y la psiquiatra Buscaglia (2005) en el marco de la investigación que Pardo y su equipo están llevando a cabo sobre las historias de vida de gente en condición de calle, allí se han encontrado con cinco discursos que se apartan del resto. En estas cinco historias han destacado otros rasgos sobre el discurso delirante, los que se resumen en los siguientes puntos:

{ No cumplimiento del éxito comunicativo:

- Ruptura de la estructura dialógica (Bajtín, 1982).

- No cumplimiento del éxito de las estrategias persuasivas (Gumperz, 1982).

- Referencia Cero.

- Condensadores vacíos.

{ Autoreferencia discursiva: al propio texto y al discurso delirante.

{ Formas de Autodefinición:

- Autodefinición a través de la negación.

- Autodefinición a través de una afirmación mitigada.

- Autodefinición a través de una aseveración simple.

{ Formas de aseveración enfática: "certeza psicótica".

{ Inadecuación del registro: "descontextualizaciones".

Por último, ambas investigadoras concluyen que el análisis de estos casos ha demostrado que en el discurso delirante se produce un quiebre entre las prácticas discursiva y textual. De esta manera, este discurso se aparta del “normal” por medio de los procesos de producción, distribución y consumo de los textos y por el texto mismo.

3. Bajtín y la palabra viva

A partir de las conclusiones que han propuesto las investigadoras Massone y Buscaglia (2005) sobre la ruptura de la estructura dialógica dentro de un discurso delirante, psicótico en última instancia, es necesario revisar los principales postulados de Mijail Bajtín sobre *dialogicidad*.

Para comenzar, Bajtín (1988) propone el siguiente paradigma para comprender la lengua, espacio donde se encuentra lo dialógico, donde ésta se encuentra constituida principalmente por las relaciones dialógicas. En otros términos, el autor lo expone de la siguiente manera: “La lengua sólo existe en la comunicación dialógica que se da entre los hablantes. La comunicación dialógica es la auténtica esfera de la vida de la palabra” (p. 255).

A pesar de ello, Bajtín (1988) sentencia que si bien la comunicación dialógica se relaciona con la palabra, no se reduce a un estudio de lingüística formalista donde se busca pesquisar las relaciones lógicas y semánticas que se encuentran coocurriendo en la palabra. Sino, más bien, él propone que para poder “investigar” las relaciones dialógicas, investidas necesariamente por la palabra, se debe poner atención cuando estas relaciones “...llegan a ser enunciados, llegan a ser posiciones de diferentes sujetos, expresadas en la palabra, para que entre ellas puedan surgir dichas relaciones”. (p. 256).

Se puede afirmar, entonces, que “en la reacción del otro, en la palabra ajena, radica el meollo del asunto” (p. 299), de las relaciones dialógicas. Debido a que, tal como Bajtín (1989) lo indica en su obra *Teoría y Estética de la Novela*, el enunciado (toda palabra concreta) encontrará lo siguiente:

Siempre un objeto hacia el que orientarse, condicionado ya, contestado, evaluado, envuelto en una bruma que lo enmascara; o, por el contrario, inmerso en la luz de las palabras ajenas que se han dicho acerca de él. El objeto está rodeado e impregnado de ideas generales, de puntos de vista de valoraciones y acentos ajenos. (...) se entrelaza en complejas relaciones, se une a algunos, rechaza a otros, o se entrecruza con los demás (p. 94).

Frente a tal escenario, se puede observar que el enunciado es la cristalización de una palabra viva, de una palabra que aparece en un momento histórico determinado, en una práctica social específica. De ahí que el enunciado vivo “...no puede dejar de tocar miles de hilos dialógicos vivos, tejidos alrededor del objeto de ese enunciado por la conciencia ideológico-social; no puede dejar de participar activamente en el diálogo social. Porque tal enunciado surge del diálogo como su réplica y continuación” (ibídem).

De esta manera, se puede ir configurando la idea de palabra viva que postula Bajtín

(1989) como una realidad social-ideológica, como una opinión plurilingüe que se halla en el límite entre lo propio y lo ajeno. Cabe preguntarse dentro de este contexto de enunciado semiajeno, *¿En qué medida pueden hallarse en un enunciado las posiciones propias del sujeto hablante?*. Para responder tal movimiento de enajenación⁶ a apropiación, Bajtín propone lo siguiente:

Se convierte en 'propia' cuando el hablante la puebla con su intención, con su acento, cuando se apodera de ella y la inicia en su aspiración semántica expresiva. Hasta el momento de su apropiación la palabra no se halla en un lenguaje neutral e impersonal, sino en los labios ajenos, en los contextos ajenos, al servicio de unas intenciones ajenas; de ahí que necesite tomarla y apropiarse de ella (pp. 110-111).

Un claro ejemplo de este movimiento de enajenación a apropiación del enunciado, y que representa una manera determinada de ángulo dialógico, se da al momento de sellar la subjetividad en la enunciación. Para explicar esto se expondrá el siguiente apartado.

4. Análisis de la enunciación

El análisis de enunciación se encuadra dentro de un análisis de discurso, que sin embargo se aleja de este último, en tanto que tiene por centro analítico la subjetividad que se cristaliza en los enunciados. Por lo menos esto se puede deducir de los trabajos realizados por sus principales exponentes: Ducrot y su teoría de enunciación polifónica (1986), Benveniste (1987) y Kerbracht-Oreccioni (1993).

Todos estos autores comparten, en cierto punto, algunos elementos que deben estar presentes al momento de analizar cualquier enunciado. Estos se pueden resumir en uno solo; el carácter dialógico que está presente en la práctica discursiva donde se sitúa y “vive” el enunciado, siguiendo los postulados bajtinianos.

No obstante, las doctoras Larraín & Medina (2007) especifican, aún más, lo que plantea el análisis de la enunciación. En sus propias palabras indican:

En este contexto, la enunciación como unidad co-constitutiva de discurso y la subjetividad, se caracterizan por su complejidad y multiplicidad de niveles. La tarea del Análisis de Enunciación es estudiar los planos subjetivos presentes en el enunciado para entender el discurso mismo. (p. 15).

En cuanto a los planos subjetivos que se presentan en el enunciado, estas investigadoras, siguiendo y redefiniendo las propuestas de Ducrot (1986) y Kerbracht-Oreccioni (1993), principalmente, distinguen los siguientes planos o niveles subjetivos que se materializan al mismo tiempo en el enunciado y que a su vez representan categorías de análisis.

{ Sujeto de la enunciación: se entiende como aquel aspecto subjetivo cuya inscripción en el enunciado remite al acto de enunciación mismo. Es así como “...la aparición del

sujeto de enunciación quiebra el enunciado al hacer evidente la naturaleza discursiva y contextualizada del relato” (Larraín & Medina, 2007, p. 24). Por ejemplo, este sujeto se puede localizar mediante los verbos “decir”, “hablar”, “referir”, “comentar”, entre otros.

{ Sujeto del enunciado: se debe comprender, primero, como aquel sujeto que remite al enunciado y no al acto de enunciación. Segundo, según lo advierten las autoras Larraín & Medina (2007), este sujeto es: “...de quien es pertinente predicar que adhiere o no adhiere a determinado enunciador. Ahora bien, para hacerlo necesita relacionarse con uno o más locutores, pues requiere articular materialmente el discurso.” (p. 26). De esta manera, el sujeto del enunciado es quien demostrará los movimientos ideológicos y los centros de elaboración que están presente en un enunciado y que entran en diálogo con el o los locutores y /o enunciador(es) que también se encuentren en el enunciado.

{ Locutor: se define como aquel principio articulador al que se le atribuye la responsabilidad material del enunciado. Es así como en el locutor se dejan entrever distintos aspectos del sujeto de la enunciación y del sujeto del enunciado. A raíz de ello el locutor es “...el pilar fundamental del sujeto discursivo y su constitución a través del texto, pues es el encargado de expresar los distintos puntos de vista desde determinados centros de elaboración ideológica.” (Larraín & Medina, 2007, p. 28).

{ Enunciadores: son comprendidos, según las autoras, como los puntos de vista o posiciones expresados en el enunciado. De ello resulta que los enunciadores convoken unidades ideológicas de manera explícita o implícita.

27 { díaz alegría

Por otro lado, los enunciadores se involucran con puntos de vistas más generales, los que Anscombe y Ducrot (1994), señalan Larraín & Medina (2007), son los denominado *topoi*⁷. Estos se caracterizan por ser creencias compartidas por una comunidad determinada, en un momento específico, y expresan “(...) un espectro de puntos de vista diferentes según su forma específica convocada por cada enunciador.” (p. 29).

{ Sujeto discursivo: este sujeto representa al hablante en su conjunto, vale decir, en su totalidad. Para las investigadoras este sujeto discursivo es:

Quien imprime en el enunciado su intencionalidad. (...) quien no se marca directamente y de quien sólo se construye una imagen a través del recorrido textual. (...) De esta manera, este sujeto se marca en las alusiones al contexto de enunciación, y el conjunto de dispositivos axiológicos y evaluativos presentes en los distintos aspectos subjetivos del enunciado. (2007, p. 30).

A través de los distintos niveles que han presentado las autoras, se pueden abordar ciertos aspectos de una perspectiva analítica de enunciación como, también, de las relaciones dialógicas que ha propuesto Bajtín (1988) que se encuentran congregados en el enunciado, unidad constitutiva de cualquier texto que se halla producido en un tiempo y espacio determinado, en una ocurrencia *hic et nunc* como manifiesta Ducrot (1986).

Segunda parte: análisis

En este apartado se realiza el análisis de la enunciación, de las categorías de enunciación (citadas en el *punto 4 de la primera parte*) presentes en un discurso producido y reproducido por un hablante⁸ que padece de psicosis.

A continuación, para ir describiendo y analizando los ángulos de dialogicidad que se encuentran manifestados en las distintas categorías de subjetividad, se hará una subdivisión de los extractos que configuran el corpus.

{ Extracto 1:

1. *Dígame, y sensación de como de que escucha una voz, que le habla*
2. *Jamás*
3. *Jamás. Solo eso*
4. *Yes, jamás.*
5. *Sonaría a locura y yo jamás he sido loca,*
6. *es todo una confusión en el poli.*

En el enunciado 1.1 quien indica <dígame> es el *sujeto de la enunciación*, el sujeto más inmediato al acto mismo de enunciar, quien a su vez es el *Locutor principal* (L-1) de este enunciado. Ahora bien, este *locutor* (L-1) se caracteriza por ser un *sujeto discursivo* que elabora su posición desde el mismo discurso psiquiátrico, específicamente del mismo texto DSM- IV sección donde se describen los síntomas de la esquizofrenia. En otros términos, el *sujeto del enunciado* se adhiere con cierta distancia, mediante el uso del operador <como>, a los enunciados que se han configurado dentro de un contexto científico determinado, precisamente de la psiquiatría, lo que genera que el *locutor principal* esté concordando con un locutor más generalizado, más ajeno, quien materializa una práctica médica.

Luego, el enunciado 1.2, realizado por la paciente, presenta un *locutor* (L-A) que se responsabiliza de la respuesta que le dará al enunciado realizado por el psiquiatra. Esta respuesta que se organiza mediante un adverbio de negación (“jamás”) que puede estar revelando la certeza psicótica, a su vez inscribe al *sujeto del enunciado* desde una no adhesión a lo que propone el enunciado 1.1. Esto provoca una toma de posición que se aleja del centro de referencia que se plantea en el *sujeto del enunciado* (1.1), en otros términos, desde una concepción de esquizofrenia definida por un síntoma positivo, alucinaciones mediante la percepción de voces ajenas por parte del paciente. De ello resulta que el *enunciador* que está impreso en este enunciado, está dialogando con la creencia generalizada de que si la persona escucha voces ajenas a las de ella, está loca; vale decir, este *enunciador* convoca el *topoi* de locura. *Topoi* con que la hablante no adhiere. Lo anterior, se exhibe con mayor explicitación en los enunciados que siguen.

El enunciado 1.3, que es emitido por el psiquiatra, replica al enunciado 1.2 en cuanto al *sujeto del enunciado* que sitúa a la paciente desde una negativa de enfermedad. Sin embargo, esta réplica no logra una reformulación del posicionamiento de

la paciente, de L-A que se encuentra en I.2. Es más, en el enunciado I.4 se puede encontrar que el *sujeto del enunciado* apoya nuevamente al *sujeto del enunciado* que está presente en el enunciado I.2. Asimismo se puede encontrar que el *locutor* de este enunciado (I.4) convoca la presencia de un *enunciador* que se establece desde el topoi de locura. Quedando esto reflejado en el enunciado I.5, donde se reúnen dos *sujetos del enunciado*, el primero proveniente de un centro de elaboración que posesiona al *sujeto del enunciado* y, a su vez, al *locutor* y al *enunciador* desde una semiadhesión, desde una “semiajeneidad” discursiva, que refiere a la posición en que se ha estado desplazando el enunciado I.1. En seguida, el segundo *sujeto del enunciado* explicita, mediante un “yo jamás he sido loca”, el lugar desde donde está el *locutor principal* de este enunciado, donde está L-A. Ahora bien, lo diferente de este *locutor principal* en comparación a los anteriores, es que está marcado a través de un pronombre (yo), lo que deja entrever quién es el que está tomando la responsabilidad del enunciado. Este “yo” refiere tanto al *locutor* como al *sujeto discursivo* que está tomando una retirada del centro de inscripción que el *sujeto del enunciado* I.1 lo quiere posesionar o mover.

Por último, el enunciado I.6 provoca un movimiento distinto con respecto a la respuesta que la hablante quiere transmitir al psiquiatra (enunciado I.1). Este se realiza mediante un *locutor* específico (L-B) que representa al personal que trabaja en el policlínico. Este *locutor* (L-B) viene a reforzar la responsabilidad y la no adhesión al *enunciador* de locura, del *locutor principal* (L-A) que se encuentra presente en todos los enunciados y *sujetos de enunciado* de la paciente. En cuanto al *sujeto del enunciado* presente en I.6, evidencia el camino que debe seguir su interlocutor, o sea, lo dirige hacia el mismo enunciado donde se encontrará con un centro de elaboración que se halla en un error, en una confusión que se generó desde el policlínico. De este modo, el movimiento que se está produciendo en el enunciado I.6 modifica la responsabilidad de L-A que está convocando la paciente, para compartir la responsabilidad del *sujeto discursivo* de esta hablante con los *locutores* específicos (L-B), el personal del policlínico, puntualmente el error que cometieron estos.

El análisis de este extracto se puede resumir en la siguiente tabla.

N° del enunciado	Locutor (Es)	Representantes	Sujeto del enunciado / enunciador	Observaciones
I.1	L - I	Psiquiatra	Ausente	Este Sujeto se evidencia con cierta distancia, a través del operador "como", del discurso psiquiátrico.
I.2	L - A	Paciente	Ausente / Enunciador Implícito	Se convoca el Topoi de Locura para no adherir al lugar de L-I.
I.3	L - I	Psiquiatra	Cambia	Este sujeto replica al Sujeto del Edo. presente en I.2.
I.4	L - A	Paciente	Ausente	Este Sujeto explícita una negativa de Enfermedad.
I.5	L - A	Paciente	Hay dos Sujetos: 1. Modificado 2. Presente "yo"	<p>- El primer Sujeto del Edo. explícita una elaboración semiajena con una semiadhesión a lo expresado por L-I.</p> <p>- El segundo Sujeto del Edo. explícita la responsabilidad material del locutor L-A, además de reiterar una negación de enfermedad.</p> <p>Por último, mediante esta presencia marcada se configura la identidad del Sujeto Discursivo, presente en este texto.</p>
I.6	L - A L - B	Paciente Personal del policlínico	Cambio / Ausente	Tanto el sujeto del Edo. de L-A como de L-B, modifican el foco de atención del interlocutor. Además, el Sujeto del Edo. de L- B le resta responsabilidad a L-A.

{ Extracto 2:

1. Los psicólogos son estricto.
2. Yo blableaba⁹ siempre con la psicóloga
3. y de repente “Ah, Denisse” y en la escena acontecía antiguamente dentro de un tal enfermo.
4. La doctora yo era pasiva,
5. y “doctooooora, si, excelentemente mi estado de salud”
6. y ella “Denisse: verifiquemos unas cosas, unos documentales y permanecerás en el poli”.
7. Ellos son los demasiado estrictos
8. y a raíz de ella me apanica¹⁰.

El enunciado 2.1 que sigue al tejido argumentativo que representa el porqué del error del *locutor* L-B que apareció en 1.6, ubica a estos locutores de forma aún más específica en el *locutor* (L-C) quien representa a los psicólogos. Es de esta manera, como el *sujeto del enunciado* de 2.1 explicita el centro de referencia desde el que se está elaborando ideológicamente este enunciado, es decir, desde una posición en que se describe a los psicólogos como estrictos.

En cuanto al enunciado 2.2 se puede observar cómo la hablante quiebra este enunciado al relevar la naturaleza discursiva y contextual de su relato. Por ello es que mediante el neologismo “blablear” se distingue el *sujeto de la enunciación*, quien nos transporta, al mismo tiempo, fuera del enunciado, a otro tiempo y espacio discursivo. También dentro de este enunciado se pueden encontrar dos locutores que aún no están en tensión: un *locutor* (L-A) que se encuentra ubicado desde el centro de elaboración fijado en un “yo”, y el *locutor específico* (L-D), quien representa la voz de la psicóloga.

Enseguida, en el enunciado 2.3 se pueden comenzar a notar ciertos movimientos que generan un fracaso comunicativo de respuestas a la cadena de enunciados anteriores. En primer lugar, este enunciado hace más evidente la distinción entre los dos locutores que están participando en el enunciado 2.2, L-A y L-D. De hecho, en este enunciado se le otorga el espacio al *locutor* L-D quien hace un llamado de atención al *locutor* L-A mediante un “Ah, Dense”. En segundo lugar, el *locutor* L-A vuelve a generar un espacio donde se representa, implícitamente, al *sujeto de la enunciación*, al sujeto que insiste en que lo que está produciendo en el acto de enunciación es un relato de algo que ocurrió y que, ahora, está discurrendo discursivamente tal como lo manifiesta en “en la escena acontecía”. En tercer lugar, el *sujeto del enunciado* se elabora tanto de un tiempo pasado “antiguamente” como de un tercer *locutor* indefinido “de un tal enfermo”, lo que produce un nuevo posicionamiento del *sujeto del enunciado* y del *locutor principal* (L-A). Este posicionamiento mueve a L-A, a tal punto, que lo distancia para convocarlo como un nuevo *locutor* (L-E), en tanto que se sitúa como “enfermo”, adhiriéndose de esta manera al lugar que el *locutor* L-I le quería dar desde el principio de este texto.

A continuación, en el enunciado 2.4 vuelve a reunir a dos centros de elaboración, dos *sujetos del enunciado*. Por un lado está la doctora quien ya fue señalada mediante el locutor (L-D) y por el otro está el sujeto del enunciado que discurre desde un pronombre “yo” y desde un espacio temporal pasado “era”. Además, este último *sujeto del enunciado* responde al locutor L-E, presente en el enunciado 2.3, desde una posición adherente al lugar desde donde este remite, que es un espacio de enfermedad que en 2.4 se simboliza mediante el adjetivo “pasivo”.

Sin embargo esta posición de consenso se ve, otra vez, cambiada por los movimientos de respuesta que generan el *locutor principal* (L-A) del enunciado 2.5 al *locutor* (L-E). En esta ocasión el *sujeto del enunciado*, quien articula el principio material del *locutor* (L-A), vuelve a formularse desde una posición en que niega la pasividad, la enfermedad, y que se localiza desde un centro de elaboración de sanidad, de una marcada sanidad como lo deja establecido el enunciado “excelentemente mi estado de salud”.

En cuanto al enunciado 2.6, se puede destacar cómo la hablante vuelve a generar tensión dentro de su argumentación, dentro de los tejidos dialógicos. Esta tensión se da a partir del *locutor* (L-D) quien está citado directamente en este enunciado y quien vuelve a ubicar al *locutor* (L-A), representado en este enunciado por “Dense” en un lugar enfermo. Después, este *locutor* (L-D) y el *sujeto del enunciado* dejan entrever el centro de elaboración ideológico al que se están remitiendo, el que está basado en una rutina policlínica impresa en el enunciado “verifiquemos unas cosas, unos documentales”.

Ante tal escenario en pugna, los enunciados 2.7 y 2.8 son manifestaciones del por qué el locutor principal (L-A), está en este momento interpretando, a su vez, al sujeto discursivo de este extracto, quien no está adhiriendo al lugar desde donde están referidos los sujetos del enunciado que se encuentran tanto en el locutor (L-C) como en el locutor (L-D). El primero de estos locutores pospone a la *enunciadora*, presente en el enunciado 2.7, desde un pronombre personal (ellos) quienes por ser estrictos están cometiendo un error frente al “yo” sano que es el centro desde donde se elabora L-A. Luego el segundo *locutor* (L-D) expuesto en el enunciado 2.8 manifiesta la mayor resistencia para L-A ya que le provoca pánico (“me apanica”), por ello es que la hablante, representada por L-A, no está de acuerdo con el lugar de enfermedad que L-D le ha ubicado. De esta manera, lo que L-A ha generado es compartir la responsabilidad de este lugar patológico con L-D dado que al final ha sido una decisión de este locutor dejarla como enferma.

Para una mejor comprensión de este análisis, se expondrá la siguiente tabla que acentúa los movimientos dialógicos que se fueron dando en este extracto.

N° del enunciado	Locutor (Es)	Representantes	Sujeto del enunciado / enunciador	Observaciones
2.1	L - B L - C	Personal del Policlínico Los psicólogos	Ausente/ Presente <psicólogos>	El sujeto del Edo. de L-C posee su centro de elaboración desde una cualidad de los psicólogos, es decir, desde lo estrictos que son.
2.2	L - A L - D	Paciente Psicóloga	Presente <yo>/ Ausente	Nuevamente el Sujeto del Edo. explícita con un "yo" la responsabilidad materialidad de L-A. En cuanto al de L-D solo se discurre la procedencia de este, es decir <la psicóloga".
2.3	L - D L - E	Psicóloga Un enfermo	Cambio/ Presente <un tal enfermo>	El Sujeto del Edo. de L-D comienza a tensionar la posición de L-A , ya que le hace un llamado de atención mediante "Ah, Dense". Luego, el sujeto del Edo. de L-A responde a este llamado con una cierta distancia mediante dos marcas, una temporal "antiguamente" y una pronominal en tercera persona "un tal enfermo". Esta última ha generado un nuevo locutor L- E.
2.4	L - D L - A	Psicóloga Paciente	Ausente/ Presente <yo>	El sujeto del Edo. de L-D se convoca explícitamente para acentuar el atributo de acción que tiene el sujeto del Edo. de L-A, una cualidad pasiva descrito en "yo era pasiva". De ello resulta, entonces, que el sujeto del Edo. de L-A se sitúe en el mismo lugar que L-E.

2.5	L - A L - D	Paciente Psicóloga	Cambio/ Ausente	El Sujeto del Edo. de L-A modifica, nuevamente su posición, y cambia su adhesión para con L-E. Nuevamente el Sujeto de Edo. de L-A, se formula desde la negativa de enfermedad.
2.6	L - D L - A	Psicóloga Paciente	Presente "ella"/ Presente "Dense"	El Sujeto del Edo. de L-D vuelve a elaborarse desde el discurso hospitalario, lo que genera una posición de L-A desde un lugar de enferma.
2.7	L - C	Psicólogos	Presente "ellos"	El Sujeto del Edo. de L-C sitúa la responsabilidad material de este Locutor mediante un <ellos>, además vuelve a relevar su cualidad de estrictos.
2.8	L - C L - A L - D	Psicólogos Paciente Paciente	Presente "ellos"/ Ausente/ Cambio	El Sujeto del Edo. de L-C nuevamente acentúa la rigurosidad con que "ellos" están posesionando a L-A como enferma. Sin embargo, la particularidad de esto provoca un cambio de posición de L-A, generando así un nuevo sujeto del Edo. que representa a L-D como perjudicado absolutamente por L-C a través de <me apanican> .

{ Extracto 3:

1. *Y por qué la traje al Hospital.*
2. *Es una confusión, un tema que prefiero guardarlo en mí*
3. *es demasiado... en mí...es demasiado en mí..ehhh secreto.*
4. *Sin avisarse, sin escurrirse.*
5. *Ya, al grano, yo desperté miedosa, yo desperté con pánico, desperté con pánico*
6. *y decía XXX “ah...es simple pánico”*
7. *se encariñosare. La manejaré de cariñosa.*
8. *Y sin escurrirse, de ser de la casa.*
9. *Una amistad, de ser de la casa*

En este extracto, el psiquiatra en su enunciado 3.1 vuelve a reformular su posición, en tanto respondiendo a lo expuesto por todos los locutores que la paciente ha convocado en su tejido argumentativo, en sus redes dialógicas. De ahí radica que el *sujeto del enunciado* presente en el *locutor* (L-1) se ubique en un punto transitorio para poder examinar y evaluar si concuerda o no con la posición en que se encuentra el *sujeto discursivo* de la hablante, por esto es que nuevamente le pregunta a la hablante “por qué la traje al Hospital”.

La respuesta que se da en el enunciado 3.2 localiza dos *sujetos de enunciado*. El primero, como ya había ocurrido en el extracto dos, se remite a un centro donde la responsabilidad recae mayormente en la voz de la psicóloga del policlínico. En contraste a esta voz, surge un nuevo centro de elaboración que parte desde una archipalabra como es <tema> que luego en el enunciado 3.3 se formula mediante otra archipalabra <secreto>. A pesar de ello, este centro de producción se puede ubicar desde un pronombre “mí” que refiere al “yo” fuente principal del *locutor* L-A.

Por otro lado, desde el enunciado 3.3 hasta el 3.8 se puede distinguir una interrupción de movimientos comunicativos debido a que los *sujetos del enunciado* se están elaborando desde un centro de referencia que remite a un “yo” teñido por un episodio que, al parecer, estaría siendo el punto de anclaje de la crisis que está padeciendo la hablante. Por tal razón es que su interlocutor está al margen de las relaciones dialógicas que se están desarrollando. Sin embargo, esto no invalida los movimientos dialógicos que está produciendo la hablante ya que, de alguna manera, las palabras de estos enunciados se generan en reacción a un otro, a palabras ajenas que están poblando estos enunciados.

Lo anterior queda demostrado, claramente, en el enunciado 3.5 donde se puede destacar que hay dos *sujetos de enunciado* que relevan la ubicación desde donde se encuentra el *locutor principal* que se adhiere totalmente a la posición desde donde se elabora L-E, locutor que se configura desde un ser enfermo, desde “un despertar miedosa, con pánico”.

Finalmente, entre el enunciado 3.8 y 3.9 comienza otro posicionamiento del *locutor* L-E que estaba cargando con toda la responsabilidad de los enunciados anteriores. Este movimiento reúne a un nuevo *locutor* (L-F), “ser de la casa”. *Locutor* (L-F) quien

viene a generar una tensión entre el *locutor* L-E (quien tiene un *sujeto del enunciado* que remite a los aspectos de enfermedad) y el *locutor* L-A (que tiene por *sujeto del enunciado* a un centro que se produce desde la sanidad). Esta pugna se traduce en la evaluación por parte de la hablante para ver quién tiene mayor responsabilidad en su discurrir psicótico.

Para graficar las distintas relaciones dialógicas que se dieron en este extracto, donde se presenta el mayor deterioro comunicativo de esta hablante, se expone la siguiente tabla.

	N° del enunciado	Locutor (Es)	Representantes	Sujeto del enunciado / enunciador	Observaciones
	3.1	L - I	Psiquiatra	Ausente	El Sujeto del Edo. deja entrever una posición transitoria de este Locutor frente a todos los locutores que ha convocado la paciente.
36 { texturas 7-7	3.2	L - A L - D	Paciente Psicóloga	Ausente / Presente "confusión"	El Sujeto del Edo. de L-A da a conocer que la responsabilidad material del enunciado recae mayormente en el sujeto del Edo. de L-D, quien está presente mediante la marca "confusión". Con esto se logra intensificar los errores que ha cometido este locutor.
	3.3	L - A	Paciente	Cambio	El sujeto del Edo. vuelve a modificar su centro ideológico para posesionarse desde una archipalabra "secreto". Esto deja entrever ciertos movimientos que mantendrán al margen la participación del interlocutor, ya que la referencia de "mi secreto" remite a un contenido personal de la paciente.

(continúa en la página siguiente)

3.4	L indeterminado	-	-	-
3.5	L - A	Paciente	Presente "yo"	El sujeto del Edo. convoca a dos centros de elaboración desde donde se encuentra L-A discurrendo, y esto provoca una adhesión al lugar de L-E, un lugar de enfermedad que en este enunciado se da por medio de "un despertar miedosa, con pánico".
3.6	L indeterminado	-	-	Da cuenta de un sujeto de Enunciación, "decía" pero que no alcanza a constituir un locutor.
3.7	L indeterminado L - A	- Paciente	Ausente/ Cambia	El Sujeto del Edo de L-indeterminado solo se presenta de manera indeterminada, y marcado por un "se". En cambio el sujeto del Edo. de L-A modifica su posición y remite su centro de elaboración a un tiempo futuro "manerjaré". El problema que presenta este sujeto del Edo. es que no es muy específico en los movimientos dialógicos.
3.8	L - E L - F	Enferma Ser de la Casa	Ausente/ Presente "ser de la casa"	El sujeto del Edo. L-F convoca una tensión con L-A, ya que su centro de elaboración revela aspectos de la enfermedad.
3.9	L - E L - F	Enferma Ser de la Casa	Ausente/ Presente "ser de la casa"	De ahí que el sujeto del Edo. de L-E este ausente, porque todo el centro de atención se focaliza en lo que está dando a conocer L-F.

{ Extracto 4:

1. *eso me llamó la atención*
2. *eso uste(d) hace un rato habló del tema del problema en la casa que generó toda esta confusión*
3. *Şaaahh ((aahh eehh)) supungamoh e(s) toda una temática*
4. *uste(d) es máh EXAGERA(D)O*
5. *meee ((valorará)) cucú de la cabeza*
6. *y jamáh cucú de la cabeza*
7. *pero ¿quién están cucú de la cabeza? según uste(d)*
8. *aahh loh locoh son/ elloh*
9. *ya*
10. *jamáh↑ yo*
11. *y ¿qué es lo que tienen ellos? que uste(d) dice que son locos*
12. *(3") ee son agresivos*

En este extracto, donde se encuentra otro psiquiatra participando en la interacción, nuevamente se comienza a co-construir entre los interlocutores un espacio de comprensión sobre las redes dialógicas que está implicando el ítem “confusión”.

Así queda demostrado en los enunciados 4.1 y 4.2 que realiza el psiquiatra. En el primero, 4.1, se puede destacar que el *locutor principal* (L-2) se localiza desde la incertidumbre que le ha generado el *sujeto de la enunciación* “hace un rato habló” y del *enunciado* “que generó toda esa confusión” que se citan en el enunciado 4.2. Este *sujeto del enunciado* logra asociar y posesionar al *locutor* L-F con el *sujeto del enunciado* que está presente en 4.2 a través de “del problema en la casa”.

Por otra parte, la hablante comienza su enunciado 4.3 desde una posición similar a la que se encuentra el *sujeto del enunciado* que se muestra en el *locutor* L-2, una posición donde ambos lo asocian a un tema, de ahí que el *locutor principal* de este enunciado explicita “supungamoh es todo una temática”. Mas, este espacio en que ambos se adhieren, es sólo un espacio transicional para que en el enunciado 4.4 la hablante localice, en este momento, un nuevo ángulo dialógico basado en un *enunciador* que tiene como objetivo criticar al interlocutor por su cualidad de “exagerado”. Es decir, mediante este *enunciador*, que también se encuentra con el *sujeto del enunciado*, genera un centro de referencia donde se colapsan tanto las voces del *locutor* L-A como del *locutor* L-E, en cuanto a la misma adhesión de criticar al *locutor* L-2, quien se expresa desde un centro de producción que remite a su contexto psiquiátrico. Luego, esta crítica tiene por finalidad marcar la perspectiva ideológica que el *locutor* L-A presenta en el enunciado 4.5, perspectiva que convoca al *enunciador* que se articula, implícitamente, desde el *topoi* de locura “cucú de la cabeza”. Además, en cuanto al *sujeto del enunciado* de 4.5 sitúa el centro de referencia desde la valoración o lugar en que la está valorando el *locutor* L-2 y, también, el *locutor* L-1; vale decir, “cucú de la cabeza”. Ante tal escenario, la hablante mediante el enunciado 4.6 convoca, otra vez, al *locutor* L-A quién responde al *sujeto del enunciado* de 4.5, por medio de

su propio *sujeto de enunciado*, desde una no adhesión, desde una negativa de locura “jamás cucú de la cabeza”.

Inmediatamente el psiquiatra responde a esa posición de la paciente mediante un movimiento que no apoya a lo que el *locutor* L-A dejó explicitado en el enunciado 4.6, pero que tampoco está adhiriendo a otra posición. Más bien, lo que cristaliza el enunciado 4.7 es una neutralidad de posición, una “pausa” en el movimiento dialógico que este hablante producirá luego, de ahí que su intervención se genere mediante una pregunta “¿quién están cucú de la cabeza?” que provocará una respuesta por parte de la hablante, para luego evaluar en que posición estará ubicado el *locutor* de este hablante.

Enseguida la respuesta que esboza el enunciado 4.8 es desde un *sujeto del enunciado* que se origina en un centro que remite a los locos, creando así un nuevo *locutor* específico (L-G). Lo relevante de este *locutor* L-G es que convocará otro movimiento dialógico, movimiento que viene a configurar la identidad de esta hablante, la identidad del *sujeto discursivo* que cruza todo el corpus que se ha abordado. Este movimiento queda cristalizado en el enunciado 4.10, donde el *sujeto del enunciado* se constituye desde un centro de sanidad, desde un lugar que le pertenece sólo al “yo” (pronombre que aparece en forma marcada dentro de este enunciado) y no al “ellos”. En otros términos, este *sujeto del enunciado* viene a responder tanto al enunciado 4.7 como a posesionar al *locutor* L-A en un sitio de sanidad, con relación a lo que el *sujeto del enunciado* de 4.8 deja establecido.

Frente a tal escenario dialógico, el enunciado 4.11 se genera desde una no adhesión a lo que acaba de exponer tanto el *sujeto del enunciado* de 4.8 como del *sujeto del enunciado* presente en 4.10. Por ello es que se requiere de la presencia del *locutor* L-G y del *locutor* L-A para poner en tensión los centros de elaboración que se exponen en cada uno. Además, para relevar esta pugna, este enunciado trae a relucir el aspecto discursivo de posición de L-A, de ello resulta, entonces, la presencia del *sujeto de la enunciación* manifestado en “que usted dice”.

Por último, el movimiento que sigue desde el mismo lugar en que se encuentra referido el *sujeto del enunciado* de 4.10 es lo que estaría constituyendo a los locos, *locutor* L-G, es que ellos “son agresivos”, en cambio ella, por medio del *locutor* L-A, no lo es. De esta manera el enunciado 4.12 lo que acentúa es la distancia que mantiene esta hablante frente a lo que el L-1 y L-2, ambos representantes de la voz psiquiátrica, refieren en sus *sujetos del enunciado*.

Finalmente para una mejor apreciación de los distintos movimientos dialógicos que se dieron en este extracto, a continuación se presenta una tabla que los representa.

N° del enunciado	Locutor (Es)	Representantes	Sujeto del enunciado / enunciador	Observaciones
4.1	L - 2	Psiquiatra	Presente "me"	El sujeto del Edo. está elaborado desde un centro que está interconectado con el discurrir de L-A que ha dejado entrever mediante la marca "confusión".
4.2	L - 2	Psiquiatra	Ausente	El sujeto del Edo. de L-2, en esta oportunidad, se margina para dar paso a un sujeto de la enunciación "habló", marcando su incertidumbre frente a las relaciones dialógicas que está desarrollando L-A. Además el sujeto del Edo. logra asociar y convocar a L-F mediante una nueva organización referencial "del problema en la casa".
4.3	L - A	Paciente	Cambio	El sujeto del Edo. de L-A modifica su posición para elaborar desde un centro que toma cierta distancia con respecto a lo que L-2 está preguntando. Este distanciamiento está marcado por "supongamos"
4.4	L - A L - 2	Paciente Psiquiatra	Ausente / Enunciador explícito	El sujeto del Edo. se mantiene al margen ya que quien sale a relucir es un enunciador que vuelve a expresar explícitamente la creencia de que los psicólogos "son exagerados". Esta creencia ya ha sido citada en enunciados anteriores por L-A.

4.5	L - A	Paciente	Cambia	El sujeto del Edo. modifica la posición de adhesión que mantenía hasta el momento, para elaborar su centro desde una enfermedad, desde el ser considerada por L-2 como "cucú de la cabeza". De esta manera, se iguala a L-E.
4.6	L - A	Paciente	Cambio	El sujeto del Edo. cambia de posición y nuevamente se representa desde un centro de elaboración que niega la enfermedad, esto se da a través de "jamás cucú de la cabeza".
4.7	L - 2 L - A	Psiquiatra Paciente	Ausencia Presencia "usted"	El sujeto del Edo. de L-2 realiza una pausa frente a los movimientos dialógicos de L-A, para cuestionar el movimiento que el sujeto del Edo. de 4.5 y 4.6 han indicado. Por ello que L-2 reúne en su enunciado a un sujeto del Edo. que llama la atención a L-A, esto se da gráfica mediante "según usted".
4.8	L - A L - G	Paciente Los Locos	Ausencia / Presencia "ellos"	El sujeto del Edo. de L-A se margina para otorgarle relevancia al sujeto del Edo. de L-G, quien es el que responde a la interrogante que plantea L-2 en 4.7. Este sujeto del Edo. deja entrever un nuevo centro de elaboración presente a través de "los locoh", quienes son los que remiten a la gente cucú de la cabeza.

4.9	L - 2	Psiquiatra	Ausente	Este sujeto del Edo. solo se elabora desde un operador discursivo "ya", pero que no expresa adhesión a la posición que L-A ha dado a L-G.
4.10	L - A	Paciente	Presente "yo"	Este Sujeto del Edo. explícita la no adhesión al lugar de L-G. De esta manera marca su centro de elaboración desde un espacio de sanidad mediante la referencia "jamás yo". De esta forma 4.10 viene a responder a lo que L-2 preguntó en 4.7.
4.11	L - 2 L - G L - A	Psiquiatra Los locos Paciente	Ausente / Presente "ellos" / Presente "usted"	El sujeto del Edo. de L-2 marca su no adhesión a lo que L-A ha comunicado en 4.8, de ahí que este sujeto del Edo. se exprese mediante una forma de interrogación, obligando así a L-A a responder, esto se deja entrever con la marca de "usted". Además a través de la explícita cita que realiza L-2 de lo indicado por L-A, anteriormente, presenta nuevamente el centro de elaboración de L-G, "los locos, los ellos". La presencia del sujeto del Edo. de L-G pone en tensión la elaboración de L-A que ha indicado en los enunciados 4.8 y 4.10.
4.12	L - G L - A	Los locos Paciente	Ausente / Ausente	El sujeto del Edo. de L-G se mantiene ausente dado que lo que L-A quiere acentuar es la cualidad de L-G, es decir "agresivos". Lo que revela implícitamente la no adhesión de L-A a ese lugar de agresividad, al lugar patológico en que L-G se encuentra.

Conclusiones

Se puede destacar que el aporte de un análisis de enunciación, específicamente, mediante las categorías propuestas en el *punto 4* de la primera parte, han dejado entrever que un discurso psicótico, al igual que un discurso “normal”, presentan movimientos dialógicos, redes o tejidos de dialogicidad que van generando la perspectiva desde donde está dialogando esta paciente. En este caso desde los espacios de identidad (no loca) y de no identidad (enferma) que estuvieron en tensión durante toda la práctica discursiva y que fueron co-construyendo con los movimientos que realizaron los psiquiatras.

No obstante, hay momentos en que el discurrir discursivo de la hablante fue teñido por algún episodio psicótico que perturbó la comunicación con el interlocutor. Es más, en ese momento los centros de elaboración estaban ubicados en las marcas de un <yo> que se enajena referencialmente ante la figura del psiquiatra que participaba de ese diálogo. Sin embargo produce a la vez, la mayor apropiación discursiva que la hablante presenta en el texto debido a que todas las voces que están participando están acentuadas por su experiencia intrasubjetiva.

Posteriormente, este quiebre que sufre la co-construcción discursiva fue retomado inmediatamente por los movimientos que fue produciendo el psiquiatra en cuanto a la posición en que se ubicaba la hablante, una paradoja entre un *locutor* (L-A) sano y un *locutor* inscrito en la locura, en el ser cucú de la cabeza (L-G).

Finalmente cabe preguntarse, ante el análisis realizado, qué se está entendiendo *por empobrecimiento de lenguaje o ruptura dialógica* dentro de un paciente psicótico. Más aún destacando que el tipo discursivo de este corpus es argumentativo, vale decir un tejido semiótico teñido por un signo que se encuentra colapsado tanto ideológicamente como materialmente.

Del planteamiento anterior surge la necesidad de seguir abordando otros discursos producidos y distribuidos por hablantes que padecen de psicosis y poder redefinir la psicosis desde la dialogicidad, quizás poniendo en crisis uno de los síntomas positivos más representativos de un cuadro de esquizofrenia, las voces que enajenan el discurso de este tipo de hablante. Una crisis que amerita reflexionar y, porqué no, reconceptualizar este síntoma. Por ello es que estas palabras finales más que conclusiones, son un punto de inicio para seguir trabajando desde este análisis los fenómenos que se encuentran presentes discursivamente en la psicosis.

Anexos

Segmentos del corpus obtenido

1. IPJH (Instituto Psiquiátrico José Horwitz), 15/05/06

Cód.: D-IPJH-150506

Participantes: Dr. Otto Dör (P) - Denisse (D)

(...)¹¹

P: *Dígame, y sensación como de que escucha una voz, que le habla*

D: Jamás

P: *Jamás. Solo eso*

D: Yes, jamás. Sonaría a locura y yo jamás he sido loca, es todo una confusión en el poli. Cédame el alta esta semana. Y las cajas de las clozapinas retirarlas en el SOME, sin un psicólogo, sin un modecate, sin...sin psicólogo. Me arrancaría de nuevo de TOMARLO? Los psicólogos son estrictos. Yo blableaba siempre con la psicóloga y de repente "Ah, Denisse" y en la escena acontecía antiguamente dentro de un tal enfermo. La doctora yo era pasiva, y "doctooooora, sí, excelentemente mi estado de salud" y ella "Denisse: verificaremos unas cosas, unos documentales, y permanecerás en el poli". Ellos son los demasiado estrictos y a raíz de ella me apanica

44 { texturas 7-7

(...)

P: *Y por qué la trajo al Hospital*

D: Es una confusión, un tema que prefiero guardarlo en mí, es demasiado ... en mí... es demasiado en mí... eh... secreto. Sin avisarse, sin escurrirse. Ya, al grano, yo desperté miedosa, yo desperté con pánico, desperté con pánico y decía XX "ah.. es simple pánico" se encariñosare. La manejaré de cariñosa. Y sin escurrirse, de ser de la casa. Una amistad, de ser de la casa

2. IPJH (Instituto Psiquiátrico José Horwitz), 18/05/06

Cód.: D-IPJH-180506

Participantes: Dr. Álvarez de Araya (P) – Denisse (D)

(...)¹²

P: eso me llamó la atención/ eso uste(d) hace un rato habló del tema del problema en la casa que generó toda esta confusión§

D: §aaahh ((aahh eehh)) supungamoh e(s) toda una temática/ uste(d) es máh EXAGERA(D)O / meee ((valorará)) cucú de la cabeza y jamáh cucú de la cabeza

P: pero ¿quién están cucú de la cabeza? según uste(d)
 D: aahh loh locoh son/ elloh
 P: ya
 D: jamáh↑ yo
 P: y ¿qué es lo que tienen ellos? que uste(d) dice que son locos
 D: (3") ee son agresivos

Bibliografía

- APA** (1995). Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. En *DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (279-399). Traducción de Tomás de Flores y Torment, Barcelona, Masson.
- Bajtín, M.** (1988). *Problemas de la poética de Dostoievski*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.
- Bajtín, M.** (1989a). La palabra en la novela. En *Teoría y estética de la novela: Trabajos de investigación* (77-237), Madrid, Taurus.
- Buscaglia, V. & Massone** (2005). "El amanecer de Carlitos': ¿Realidad o Delirio?", *Estudio interdisciplinario*. Manuscrito enviado para su publicación.
- Ducrot, O.** (1986). Esbozo de una teoría polifónica de la enunciación. En *El decir y lo dicho* (175-241), Barcelona, Paidós.
- Fairclough, N.** (1998). *Discurso y Cambio Social*. Selección y traducción por Zullo, J. et al.: Buenos Aires, Facultad de Filosofía y Letras UBA.
- Larraín, A. & Medina, L.** (2007). Análisis de la enunciación: Distinciones operativas para un análisis dialógico del discurso. Paper enviado a publicación a *Estudios de Psicología*.
- Ministerio de Salud** (2005). *Guía Clínica Primer Episodio Esquizofrenia*, Santiago, Minsal.
- Pardo, M. & Lerner, B.** (2005). El discurso psicótico: una visión multidisciplinaria desde la lingüística y la psiquiatría. *Revista Signos*, 34, pp. 139- 147.
- Silva, Hernán** (1993). *La Esquizofrenia de Kraepelin al DSM-IV*, Santiago Ediciones Universidad Católica de Chile.

Notas

¹ Se considerará dentro de este estudio, siguiendo los planteamientos de la Dra. Medina (2007) a lo largo del curso, el término <dialogal> como conceptualización de un diálogo que se genera bajo ciertas características, las que pueden ser entendidas como una participación de dos sujetos que van estructurando (bajo una visión formalista del lenguaje) una cadena de enunciados mediante la toma de turnos que es propia de cualquier diálogo. Además <dialogal> se opone a lo <monologal> en cuanto al número de participantes que operan. En lo monologal (homologable al monólogo) sólo habrá un participante y su unidad de análisis, de acuerdo a Briz (2004) será el o los actos de habla o enunciados inferiores. En cambio,

lo dialogal (homologable al diálogo) tienen dos o más participantes, además su unidad de análisis, según Briz (2004) serán "...la combinación de intercambios sucesivos da lugar a una unidad de rango superior, diálogo o interacción, limitada temáticamente por unidades, de rango distinto al de las anteriores, denominad-as *secuenci-as*" (p. 56).

² Se entenderá por investigación exploratoria la propuesta de Pardo (2007), es decir la primera aproximación al análisis lingüístico de los textos, de la etnografía y de contexto socio-histórico bajo indagación.

³ Ambas sesiones tienen una duración aproximada de 15 a 30 minutos. Para grabarlas se utilizó el software de una *palm*, su programa de audio, que utiliza el psiquiatra dentro de cada sesión. La grabación se realizó bajo estas condiciones por el carácter paranoico que presenta la paciente.

⁴ Kraepelin (1899) también expone un tercer subtipo de esquizofrenia, la esquizofrenia catatónica. Empero por la extensión del trabajo y por la ausencia de esta forma en la hablante generadora del corpus, se ha determinado no exponerla.

⁵ Actualmente este subtipo se conoce bajo el nombre de <Tipo Desorganizado>, tal como aparece en el DSM-IV. No obstante, se ha preferido recurrir a los postulados de Kraepelin (1899) ya que concentra los principales rasgos que conforman estos subtipos.

⁶ Este concepto se toma desde los postulados marxistas. En este espacio se aborda esta noción para relevar al humano alienado, es decir, un humano donde su trabajo le es ajeno, por tanto el movimiento entre el sujeto y el objeto le es ajeno. Además la enajenación se manifiesta también "(...) en el acto de la producción: dentro de la actividad de producción misma" (Marx: 1844, p. 74). De ello que se puede comparar, en cierta medida, este postulado al proceso que Bajtín (1989) le atribuye al enunciado como palabra ajena en "primera instancia", por graficarlo de alguna manera.

⁷ También se entiende por *Topoi*, desde una propuesta más argumentativa, como: reglas que se entienden como creencias (o sistema de creencias) que se encuentran circulando en una comunidad determinada, y que dentro del modelo de Toulmin (1958) son la base de las garantías, componente fundamental del modelo argumentativo de este autor.

⁸ Por la extensión de este estudio, se ha determinado realizar un corte entre los segmentos que constituyen este corpus. Obviamente, se ha seleccionado aquellos enunciados donde se puede apreciar de manera explícita o implícita los distintos movimientos que van configurando las relaciones dialógicas que están encuentran en los enunciados.

⁹ Este ítem léxico representa un neologismo dentro de la actividad discursiva de la hablante. Por la regularidad de su uso y el contexto lingüístico se ha podido interpretar este neologismo como <hablar>.

¹⁰ La hablante verbaliza el adjetivo "pánico" de tal forma que genera un neologismo "apanicar". Este siempre se presenta en los contextos comunicativos donde está presente la figura de la psicóloga. Además, esta creación de palabra también está ligada a la psicosis.

¹¹ La transcripción de este corpus fue realizada bajo parámetros de transliteración, es decir escribieron tal cual el proceso de dialogal.

¹² La transcripción de este corpus fue realizado bajo las convenciones para analizar la oralidad, propuesta por el grupo de Valencia. Puntualmente esta propuesta se encuentra en Briz Gómez, A. (2001). *El español coloquial en la conversación: esbozo de pragmatogramática*. Barcelona: Ariel.