

Natalia Díaz Alegría
Pontificia Universidad Católica de Chile

Una reflexión acerca de la construcción discursiva de la enfermedad en pacientes psicóticos

El análisis sincrónico-diacrónico (Pardo, 2006), entendido como un método de análisis de discurso que permite destacar las categorías gramaticalizadas y las categorías semántico-discursivas que se dan en el texto, permite establecer cuáles son las representaciones discursivas que el hablante crea, tanto para representarse como para construir su relación con los otros discursos que le rodean. De ahí que al aplicar este método a un corpus de hablantes que están diagnosticados previamente con esquizofrenia, una de las categorías discursivas que interesa, y en particular la que se trabaja en este artículo, sea la de *conciencia de enfermedad*, debido a que permite abordar cómo se comunica y padece la enfermedad.

Mediante esta noción, se pondrá en este espacio un cuestionamiento a los postulados psiquiátricos que indican que en los pacientes psicóticos la conciencia de enfermedad está ausente. Esto se abordará a través de las categorías argumentativas propuestas por Toulmin (2007 [1958]), que esclarecen cómo se está construyendo discursivamente lo patológico en estos hablantes dentro de una práctica terapéutica.

Palabras clave

{ representaciones discursivas, psicosis, conciencia de enfermedad, categorías argumentativas, práctica terapéutica }

1. 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. Esto genera como consecuencia el silenciamiento de las voces de estos hablantes, vale decir, la discriminación de la sociedad para con estos, en cuanto a su participación en ciertas prácticas sociales.

Ante tal panorama, más las reflexiones que se han dado a partir del estado de la cuestión, se ha destacado que estos pacientes presentan un deterioro comunicativo que provocan una desorganización en el plan argumentativo que quieren construir en su discurrir cotidiano, en el caso de este corpus, ante el psiquiatra. Aun más pobre y vago se vuelve este plan cuando tienen que dar cuenta de la aceptación o rechazo de la enfermedad que padecen.

Desde este contexto teórico, se puede comenzar a discutir la noción de conciencia de enfermedad o la concepción patológica que se encuentra dentro de un discurso psicótico, específicamente las relaciones argumentativas que están presentes en los movimientos dialógicos que se están co-construyendo en una interacción paciente-psiquiatra, como se da en el corpus seleccionado.

96 { texturas 9-9/10

2. Investigación

2.1. *Objetivo General*

Por lo expuesto en el apartado anterior, el objetivo que pretende abordar este estudio exploratorio es dar cuenta de la construcción argumentativa de la noción de enfermedad, sus síntomas y lo que opinan las pacientes con respecto a la esquizofrenia, que se encuentra a lo largo de los distintos enunciados que conforman el corpus obtenido. Para esto se trabaja con el esquema argumentativo que postuló Toulmin (1958).

2.2. *Metodología*

El presente estudio se origina desde un corpus ya establecido que consta de tres sesiones de entrevista de ingreso que han tenido tres pacientes diagnosticadas como esquizofrenia hebefrenia paranoide- esquizofrenia catatónica-hebefrenia y esquizofrenia paranoide, por distintos psiquiatras que las han evaluado en su ingreso al Instituto Psiquiátrico José Horwitz. Por enmarcarse este estudio dentro de una investigación exploratoria¹, se ha debido trabajar con pacientes diagnosticadas dado que en una sola sesión no se puede hacer diagnóstico.

Frente a este corpus, el estudio 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 semánticas-discursivas que provienen del análisis sincrónico-diacrónico (Pardo, 2006) y de las clasificaciones lingüísticas, como lo son las propuestas por el modelo argumentativo que postuló Toulmin (1958) que se aplican dentro de estos textos. Dicho en términos categoriales, a partir de las categorías semánticas-discursivas y de argumentación (Toulmin, 1958) se pretende desarrollar los objetivos que se plantean en este paper.

2.3. Antecedentes etnográficos de las hablantes

Las hablantes son todas mujeres que han sido ingresadas en más de una oportunidad al Instituto Psiquiátrico. La primera (D) tiene 24 años, la segunda (F) 62 años y la tercera (J) 44 años. Las tres pacientes pertenecen a un nivel socioeconómico bajo, grupo D, según los estudios económicos que se encuentran publicado en www.adimark.cl.

En cuanto al contexto terapéutico; donde se desarrollan los discursos seleccionados para este estudio, las sesiones a las que asistieron las hablantes 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 y con ello evaluar la satisfacción o no del tratamiento farmacológico que se le estaban suministrando. En resumen, los objetivos de la terapia eran evaluar la persistencia de lo psicopatológico y los efectos farmacológicos.

97 { díaz alegría

2.4. Corpus

El corpus² utilizado consta de tres entrevistas de ingreso que se han realizado dentro del tratamiento hospitalario de tres pacientes diagnosticadas con un cuadro psicótico como fueron: (D) esquizofrenia hebefrenia paranoide, (F) esquizofrenia catatónica hebefrénica y (J) esquizofrenia paranoide. (D) fue entrevistada el 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 (F) y tercera (J) entrevista, datadas el 26 de noviembre de 2008, corresponden a reuniones de ingreso para el programa “psicótico atípicos sesión de rutina” que realizan dos becados de psiquiatría de primer año dentro de las comisiones que se mantienen en la sala espejo donde hay un equipo asistiendo para diagnosticar a las pacientes. Cabe destacar que en estas sesiones las pacientes estaban bajo dosis diarias de clozapina, medicamento especial para tratar los cuadros psicóticos.

3. Primera parte: Antecedentes teóricos

3.1. 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 seis 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) (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 de las pacientes que configuran este corpus, es necesario esclarecer qué se entiende por “esquizofrenia paranoide” y “esquizofrenia hebefrénica”. Para ello se exponen las ideas de Kraepelin (1993/ [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 hebefrénica³: 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: 36).

{ La forma catatónica⁴ o catatonía propiamente tal, se trata de un desorden en la forma del pensamiento y del habla, es difícil seguir o es incoherente y no sigue una secuencia lógica. Además, una forma severa llamada pérdida de asociaciones las cuales se fusionan en un pensamiento tangencial y pérdida del objetivo. Algunos pacientes podrían inventar neologismo, exhibir estereotipos verbales (repetición de palabras o de frases fuera del contexto) o el uso de metonimias (palabras ordinarias toman un significado especial). Por último, también presentan un pensamiento negativo desordenado que incluye pobreza del habla (límite de cantidad de habla) y pobreza del contenido del habla (Stefan, Travis and Murria, 2002: 17).

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

3.2. 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.

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, se han encontrado 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 Autodefinition:
- Autodefinition a través de la negación
- Autodefinition a través de una afirmación mitigada
- Autodefinition 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.

3.3. Análisis argumentativo

El modelo argumentativo que propone Toulmin (2007 [1958]) está basado en la idea de que todo hablante maneja una lógica práctica manifestada en el uso concreto del lenguaje. Esta lógica debe entenderse en relación con el plan comunicativo o acciones comunicativas que el hablante debe cumplir, basándose en la intención comunicativa que el hablante debe llevar a cabo. De esta forma, expone Pardo (2005), todo decir implica siempre un grado de argumentación por parte del hablante, lo cual es inherente al lenguaje dado su carácter dialógico en términos de Bajtín (1982) y de Voloshinov (1981).

A continuación, se expondrán los principales elementos que van articulando este grado de argumentatividad y que constituyen, a su vez, el modelo de argumentación que propone.

{ Claim o Conclusión (C): se entiende como la *conclusión* que adelanta el enunciado. Es decir, cuando un hablante argumenta está sosteniendo una tesis o conclusión (C) en su enunciado.

{ Grounds o Datos (D): luego, esta tesis se apoyara en cierto número de *datos* (D) que justifican el enunciado general. Los datos permitiran la constitución de la “conclusión”.

{ Warrant o Garantías (G): la relación entre la conclusión y los datos se basa en una lógica práctica. En otros términos, para que el dato se convierta en una justificación de la conclusión es necesario captar la relación entre estas dos afirmaciones. Esta relación se da a partir de una *garantía*. Esta es “(...) en cierto sentido, incidental y explicativa, pues su objetivo consiste simplemente en registrar explícitamente la legitimidad del paso dado, poniéndolo en relación con la clase más amplia de pasos cuya legitimidad se presupone” (136).

Por último, estas son enunciados hipotéticos que pueden ser de diferentes clases; . Marafioti (2003), en sus estudios sobre la argumentación propuesta por Toulmin, las asocia a las creencias (o sistema de creencias) que se encuentran circulando en una comunidad determinada. Desde este punto de vista, las garantías muchas veces se vinculan con los *topoi* que se encuentran operando en un determinado contexto sociohistórico.

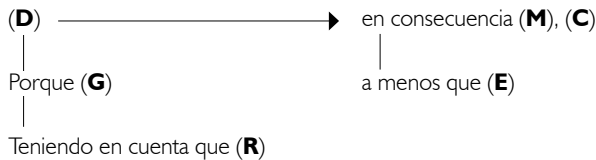
Debido a lo anterior, las garantías dependen de una noción más general que propone Toulmin denominado *campo argumentativo*, el cual impondrá las restricciones y las posibilidades de cada garantía que estén tranzándose dentro de este.

{ Modality o Modalizadores (M): este autor destaca que en ocasiones las garantías (G) y los datos (D) no permiten inferir la tesis (C) con un grado absoluto de certeza cualquiera sea la circunstancia. Debido a ello puede “(...) ser necesario añadir alguna referencia explícita al grado de fuerza que los datos de los que disponemos confieren a la afirmación realizada en virtud de la garantía. Es decir: puede que tengamos que incluir un *moralizador* que matice la afirmación” (2007: 137).

{ Rebuttals o Condiciones Excepcionales (E) o Refutaciones⁵: hay momentos en que puede ocurrir que se suspenda la aplicación de la garantía al dominio de los datos. En tal situación, el esquema argumentativo, advierte el autor, “(...) las condiciones excepcionales pueden hacer descartar o rechazar la conclusión justificada” (138).

{ Backing o Respaldo (R): finalmente, indica Toulmin que la garantía o la ley de pasaje puede ser cuestionada, ante lo cual se debe apoyarla en un número determinado de justificativos, denominados *respaldo* (R) los que ayudan a que las garantías no carezcan “(...) de autoridad y vigencia. (...) habremos de tomar nota de cómo el tipo de respaldo alegado por las garantías varía de un campo de argumentación a otro” (140).

En resumen, el esquema argumentativo completo se articula de la siguiente manera:



A partir de este esquema, se puede concluir que en el modelo propuesto por Toulmin “El planteamiento se resume cuando se indica que tiene que quedar claro qué *clase (kind)* de asuntos trata de suscitar el argumento (por ejemplo, psiquiátrico más que científico) y cuál es el propósito que subyace” (Marafioti, 2003: 130). Además, indica que los datos en los que se basa el argumento tienen que ser relevantes en relación a la conclusión o tesis, estos deben ser suficientes para apoyarla. Enseguida, en cuanto a la garantía con que cuenta el hablante para asegurar ese apoyo tiene que ser aplicable al caso que se está discutiendo y tiene que basarse en un sólido respaldo (R). Por último, la modalidad (M) o fuerza de la tesis tiene que explicitarse y, desde luego, han de entenderse bien las posibles refutaciones o excepciones (E).

4. Segunda parte: Análisis

En este apartado se realiza el análisis de la argumentación, de las categorías que se proponen en el esquema argumentativo (citadas en el *punto 3 de la primera parte*) presentes en discursos producidos y reproducidos por tres hablantes (D-F-J) que fueron diagnosticadas con psicosis. Para establecer un punto en común entre los textos que han producido las hablantes con sus respectivos siquiátras, se pondrá el énfasis en la categoría semántica-discursiva de: “*Motivos clínicos/ Visión de sí o Síntomas o Enfermedad*” que emergieron en el análisis sincrónico-diacrónico⁶. Estas constituyen el eje para ir revisando como se va construyendo argumentativamente la discursividad de la enfermedad.

4.1. Motivos de su diagnóstico

{ Primera secuencia argumentativa: 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

- Conclusión (C): Todo es una confusión.

- Dato 1: Un tema que no revelaré.

- Dato 2: Relata un episodio que podría significar un motivo de por qué la llevaron al policlínico.

- Dato 3: Sucedió en la casa.

Las garantías de estos datos son las siguientes:

- Dato 1 → Garantía 1: Un tema que prefiero guardar en mí.

↓

Respaldo: teniendo en cuenta que es un secreto.

Garantía 2: Es un asunto que no se avisa, ni se escurre.

- Dato 2 → Garantía 1: Era un sueño que me produjo pánico.

↓

Respaldo: dado que desperté miedosa, con pánico.

Garantía 2: Por lo tanto como es un sueño es algo sin importancia.

↓

Respaldo: por lo que lo manejaré de cariñosa.

- Dato 3 → Garantía 1: Es una confusión de los que estaban en la casa.

Garantía 2: No estoy enferma, fue solo un sueño.

La importancia de esta secuencia es que revela, por única vez, el mundo esquizofrénico, el mundo donde se encuentra el quiebre vital; donde la existencia está vacía, donde hay atemporalidad y abiografía. Debido a esto es la secuencia que presenta el mayor grado de incoherencia en sus elementos. Su organización se da solo con archipalabras (confusión, tema, secreto) las cuales no tienen mayor referencia que ese despertar que le generó pánico. De ahora en adelante, cada vez que se exprese el

tema de su crisis serán estas archipalabras las que se repetirán, pero sin un referente claro para el interlocutor, solo serán léxicos vacíos de significado para el oyente.

{ Segunda secuencia argumentativa: [JAMÁH] DE MÍ jamáh de mí↑/ prefiero conservarlo en secreto

- Conclusión (C): **Es un secreto.**
- Dato I: **Jamás de mí saldrá.**
- Dato I → Garantía I: **Prefiero conservarlo en silencio → Jamás (M)**

↓

Respaldo: **dado que es un secreto solo mío.**

En consecuencia, mediante esta exposición argumentativa se puede dar cuenta de la negativa que presenta la hablante (D) para comunicar su mundo esquizofrénico, su mundo interno. Por ello es en este tema donde se producen los mayores descarrilamientos comunicativos, en términos psiquiátricos; los acentuados tejidos incoherentes, en términos de una lingüística textual, debido a que los referentes giran entorno a la hablante (D); no se encuentran en el mundo compartido con su interlocutor. En este tema es donde ella demuestra los rasgos de un clásico discurso psicótico, un discurso que está enfermo según los tratados de psiquiatría.

Otra manera de graficar similar escenario discursivo es mediante lo que expone la hablante (F):

103 { días alegría

{ Primera secuencia argumentativa: *estaba alterada estaba nerviosa no me acuerdo máh doctor y por qué uuuh-según lo que uhte(d) recuerda ¿por qué se alteraba?*⁷ por cualquier cosa que me decían o me→ pasa-ba

- Conclusión (C): **Estaba alterada y nerviosa.**
- Dato I: **Por cualquier cosa que me decían o me pasaba.**
- Dato I → Garantía: **Andaba mal.**

↓

Respaldo: **dado que me alteraba y me ponía nerviosa.**

{ Segunda secuencia argumentativa: *me vine abajo hablaba de forma defectuosa no me acordaba de lah cosah doctor/ estoy↑ perdiendo la memoria no me acuerdo de lah cosah*

- Conclusión (C): **No me acuerdo de las cosas**
- Dato I: **Hablaba de forma defectuosa.**
- Dato I → Garantía: **estoy perdiendo la memoria.**

↓

Respaldo: **dado que me vine a abajo.**

Al igual que la hablante (D), la hablante (F), para dar a conocer los síntomas al siquiatra, utiliza datos que oscurecen el sentido de lo que le pasaba. Por ello que

su argumentación se ve empobrecida por conclusiones que implican archipalabras como (“cosas” y “nerviosa”) pero que no se amplían con los datos que proporciona. Además, ella utilizó muchas veces la frase “estoy perdiendo la memoria no me acuerdo de las cosas” que al momento de diseñar un plan comunicativo, alguna petición, que sea relevante para captar la atención de su interlocutor no aporta mucha información. Esto es muy característico de los síntomas que afectan a pacientes catatónicos que repiten mucho una palabra o frase pero que, en general, son solo pararespuestas.

Algo diferente se puede observar en la hablante (J) quien al comunicarle a su interlocutor los motivos de su enfermedad, da a conocer conclusiones que se tiñen por las ideas sobrevaloradas que tienen debido al delirio religioso que padece. Esto se puede destacar claramente en lo siguiente:

{ Primera secuencia argumentativa: yyy era todoh ((estudio bíblico)) ahí se supone que hay peridoh que van pasando en la Biblia y entonceh como uno va estudiando/ entonceh ahí fue cuando yo-empecé a escuchar/ voceh (...) pero a loh treinta ahí empecé de nuevo/ porque se supone que lah voceh no existen↑/ son loh pensamientoh que están eee

- Conclusiones (C): Yo empecé a escuchar las voces.
- Dato 1: Estudio de la Biblia.
- Dato 2: Son los pensamientos.

Las respectivas garantías de estos datos –algunas están explícitas– son las siguientes:

Dato 1 → Garantía: Las voces autorizadas están en la Biblia.

→ Condición excepcional: se supone que lah voceh no existen

↓

Respaldo: dado que yo estudiaba los periodos bíblicos.

Dato 2 → Garantía: Los pensamientos hablan.

→ Condición excepcional: se supone que lah voceh no existen

↓

Respaldo: dado que las voces estaban en mi cabeza.

{ Segunda secuencia argumentativa: no eran voceh que me trataban mal pero a Mí no muchah no muchah tampoco <yaaa>/ ¿iqué le decían? unah cosah feah/ °(no puedo decirlah)°

- Conclusiones (C): Las voceh me trataban mal.
- Dato 1: Me decían cosas feas.

Las respectivas garantías de este dato son:

Dato 1 → Garantía: las voces de los paranoicos dicen cosas feas.

↓

Respaldo: dado que esas voces me insultan.

Ambas secuencias dan cuenta del porqué esta hablante (J) tuvo que ir a consultar por lo que le estaba ocurriendo. Lo interesante es que hay una creencia ambigua sobre la existencia o no de las voces, debido a que todo está motivado por sus estudios bíblicos. Dentro de esta exposición sucinta, el plan comunicativo se diseña a partir de una lógica práctica que está operando, en este caso, con todas estas voces que nacían del excesivo estudio bíblico, pero no por otro hecho. Lo que deja entre ver que hay una lógica que está manejándose en un campo argumentativo que está basado en creencias que se desprenden de lo religioso, tal como lo expuso la categoría *Religión* en el análisis sincrónico-diacrónico.

Por otro lado, las propias hablantes establece otro campo argumentativo que niega su condición de padecer de esquizofrenia. En este dan a conocer su propia visión de la patología. Se procederá a continuación a dar cuenta de estos argumentos que van constituyendo su representación de la gente que padece alguna patología psíquica.

4.2. La Esquizofrenia

{ Primera secuencia argumentativa: *Se me esfumó la idea de la cabeza. En las nubes. Es como una hipótesis, un hecho de permanecer en las nubes. Se lo suplico, denme el alta, ellos son los locos del policlínico, a mí me mandaron a raíz de la nada. Y yo jamás sufrí síntomas de policlínico, es todo una confusión. Le ha ocurrido también que le pongan pensamientos? Es jamás XXXXX, simplemente analizar cosas en la cabeza y responder simplemente. Es sin una cosa de locura, Anten??? Dígame, y sensación como de que escucha una voz, que le habla. jamás. Sonaría a locura y yo jamás he sido loca, es todo una confusión en el poli.*

105 { díaz alegría

- Conclusiones (C): **La cabeza, escuchar voces y el policlínico son elementos presente en la locura.**

- Dato 1: **Esfumar la idea de la cabeza.**
- Dato 2: **Los locos son los del policlínico.**
- Dato 3: **Jamás sufrí síntomas de policlínico.**
- Dato 4: **Analizó cosas en la cabeza.**
- Dato 5: **Jamás escuchó voces ajenas.**

Las respectivas garantías de estos datos –algunas están explícitas– son las siguientes:

- Dato 1 → Garantía 1: **Es un síntoma de la gente loca.**

Garantía 2: **Yo no estoy loca.** → Condición excepcional:

**aunque es un hecho que
permanezco en las nubes.**



Respaldo: **dado que en mí es solo una hipótesis de mi distracción.**

Garantía 3: **A todos les pasa que a veces se encuentran en las nubes.**

- Dato 2 → Garantía 1: La gente que se encuentra en el policlínico son los enfermos.
 Garantía 2: Los más locos son los psicólogos que atienden en el poli.
 ↓
 Respaldo: dado que son los que exageran en sus medidas.
 Garantía 3: Si yo estuve ahí fue porque me mandaron a raíz de la nada.
 ↓
 Respaldo: dado que ellos son los que me creen loca.

- Dato 3 → Garantía 1: Yo nunca presente algún problema psicológico.
 Garantía 2: La psicóloga fue quien creyó que yo estaba mal.
 ↓
 Respaldo: dado que todo fue una confusión de ella.
- Dato 4 → Garantía 1: Nadie me pone las ideas en la cabeza.
 ↓
 Respaldo: dado que eso le ocurre a la gente loca.
 Garantía 2: Solo pienso y hablo luego.
 ↓
 Respaldo: dado que estoy sana me merezco el alta.
- Dato 5 → Garantía 1: Los locos son los que escuchan voces que le hablan.
 ↓
 Respaldo: dado que yo como soy sana no las escucho.

106 { texturas 9-9/10

Lo significativo de esta secuencia es que la hablante revela cierto conocimiento que maneja sobre el tema de la locura. Ella sabe que los delirios y las alucinaciones involucran la cabeza, sabe que el psiquiatra la está interpellando sobre esos asuntos, por ello la negativa en sus respuestas, la presencia del adverbio negativo “jamás” que posee una fuerte carga de negativismo, es un no rotundo hacia la posibilidad de que él la crea loca. Por otro lado, por la experiencia de su estadía en el policlínico, maneja ciertos prejuicios ante el procedimiento que se realiza en ese lugar, de ahí que exprese que los locos que están ahí tienen ciertos síntomas que ella no posee. Esto último se deja esbozar con mayor claridad en la siguiente argumentación.

{ Segunda secuencia argumentativa: 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 apanican. concentración

- Conclusiones (C): **Los psicólogos serían la causa de su supuesta locura.**
- Dato 1: **Las clozapinas las puedo seguir tomando sin estar al lado de la psicóloga.**
- Dato 2: **No quiero más psicólogos ni modecate.**
- Dato 3: **Los psicólogos son estrictos.**
- Dato 4: **A raíz de ellos me apanicó⁸.**

Las respectivas garantías presentes en estos datos son las que se enumeran a continuación:

- **Dato 1** → Garantía 1: **No quiero más policlínico, solo ir al SOME.**

↓

Respaldo: **dado que es ahí donde puedo retirar mis remedios.**

Garantía 2: **No necesito más rutina hospitalaria.**

↓

Respaldo: **Yo sé como es mi tratamiento.**

Garantía 3: **Si estoy enferma me puedo sanar sin estar en el policlínico ni al lado de los psicólogos.**

- Condición Excepcional: **aunque mi estado de salud es excelente.**

↓

Respaldo: **dado que solo me puedo sanar con las clozapinas.**

- **Dato 2** → Garantía 1: **Ni los psicólogos ni el modecate me sanan.**

Garantía 2: **No necesito nada de lo que haya en el policlínico.**

- **Dato 3** → Garantía 1: **Los psicólogos no me ayudan.**

↓

Respaldo: **dado que me creen enferma.**

Garantía 2: **Gracias a los psicólogos yo estoy internada.**

→ Condición de excepción: **aunque yo le dije que me sentía excelente de salud.**

↓

Respaldo: **dado que ellos no me escuchan.**

- **Dato 4** → Garantía 1: **Los psicólogos son los que me causan pánico.**

↓

Respaldo: **dado que mi apanicar es producto de ellos.**

Garantía 2: **Ellos no sirven para sanar.**

↓

Respaldo: **dado que si estoy enferma y me apanico es por los psicólogos.**

Esta secuencia presenta una crítica que realiza la hablante (D) a los profesionales del área clínica, específicamente los psicólogos. Aborda su crítica desde el topoi que nace de un dicho popular “los psicólogos están más enfermos que los mismos enfermos, ellos son los locos”. Por otro lado, ella deja entrever su rasgo psicótico, donde ella, su yo, es pasiva (beneficiaria en términos de la GSF de Halliday) frente al proceso que viene desde los otros, los psicólogos; el *apanicar* no es que ella lo

sienta, sino que se ve invadida, afectada por este proceso que se genera fuera de su mundo afectivo. Asimismo, esta red argumentativa manifiesta una ambivalencia en su condición de enferma. Si bien ella reniega todo el tiempo de la patología que le indica la psicóloga, de igual forma señala que necesita remedios, las clozapinas, para estar excelente de salud. Esta contradicción es la que ella desarrolla, con más elementos, en la siguiente secuencia argumentativa.

Una similar propuesta es lo que indican las otras dos hablantes (F) y (J). La primera indica:

{ Secuencia argumentativa: noooo/ no tengo esquizofrenia/ no escucho ni veo visiones <mmm> (4.0”) y en algún momento ¿eso le ha pasa(d)o? noo no me ha pasado NUNCA / yo no sé por qué me pusieron esquizofrenia <yaa> cuando yo no veo visiones ni- ni escucho voces

- Conclusiones (C): No tengo esquizofrenia.

- Dato 1: Yo no escucho voces.

- Dato 2: Yo no veo visiones.

Las respectivas garantías presentes en estos datos son:

- Dato 1 → Garantía: Los que escuchan voces son los esquizofrénicos.

↓

Respaldo: dado que eso es parte de las alucinaciones.

- Dato 2 → Garantía: Los que ven visiones son los que tienen esquizofrenia.

↓

Respaldo: dado que eso es parte de las alucinaciones.

En este esquema, la paciente (F) le deja muy en claro al psiquiatra que ella no padece de esquizofrenia, debido a que la hablante sabe que quienes ven visiones y escuchan voces son los pacientes que han sido diagnosticados como esquizofrénicos. Entonces, ella se aleja de eso mediante la negación de esos síntomas.

Por otra parte, la hablante (J) se posiciona de manera consensuada con los síntomas que ha padecido debido a que estos aun son parte de sus creencias.

{ Primera secuencia argumentativa: Sí ha→ habían cosas que- por ejemplo la de→ ((al principio)) cuando escuchaba algunas voces/ después ee (2.0”) había→ ALGO en relación a él y que e(s)→ era VERDADERO digamos o sea entonces por eso yo- no reaccionaba/ a si fuera algo que era mi pensamiento que no significaba que yo lo hiciera cumplir porque eran totalmente ajenos a mí ¿pero eran en sueño? NO/ aquí pero ¿viste(d) soñaba algo y lo looo? no no lo soñaba solo que- cuando escuchaba cuando escuché voces/ al principio

- Conclusiones (C): **Yo escuchaba voces.**
- Dato 1: **Voces que se relacionaban.**
- Dato 2: **No eran voces que estaban en sueños.**

Las respectivas garantías presentes en estos datos son:

- Dato 1 → Garantía: **Hay coincidencia entre lo que las voces dicen y lo que ocurría en la realidad.**

↓

Respaldo: **dado que todo lo que escuchaba se relacionaba después.**

- Dato 2 → Garantía: **Yo escuchaba mis pensamientos.**
Condición Excepcional → **aunque estos eran totalmente ajenos a mí.**

↓

Respaldo: **dado que los pensamientos son sonoros y reales.**

{ Segunda secuencia argumentativa: **pero en el caso mío no porque fue → justamente a loh treinta cuando yo escuché esah voceh que no son voceh sino que son pensamientoh no sé son pensamientoh que están desordenadoh dentro de todo la cabeza de uno eee él nunca lah sintió poh/ él él no tuvo esa parte yo creo que lo mi(s)mo pasó con la biblia que TODO fue bíblico**

- Conclusiones (C): **Todos los pensamientos son bíblicos.**
- Dato 1: **Escuché esas voces que son pensamientos.**
- Dato 2: **Él nunca los escucho.**
- Dato 3: **En la biblia están las voces.**

Las respectivas garantías presentes en estos datos son:

- Dato 1 → Garantía: **En la cabeza están las voces.**

↓

Respaldo: **dado que las voces son como pensamientos desordenados.**

- Dato 2 → Garantía: **Él no es especial.**

↓

Respaldo: **dado que nunca tuvo esa parte de escuchar las voces.**

- Dato 3 → Garantía: **En la biblia está la voz de Dios.**

↓

Respaldo: **dado que ahí están los pensamientos de él.**

Esta hablante (J) indica por medio de una reiterada alusión de las voces y pensamientos que tiene algo que el resto no posee. Si bien nunca le da la denominación de una esquizofrenia, como lo hacen las dos pacientes anteriores (D y F), la asocia a un estado bienaventurado porque es algo que pertenece a lo bíblico. Es por tal motivo que el plan argumentativo gira entorno a las voces que escucha a partir de los estudios que ella realiza sobre la biblia, tal como se explicita en la conclusión del segundo segmento argumentativo. Sin embargo, por momentos esto se torna ambiguo porque indica que esas voces que escucha son pensamientos ajenos que la insultan,

por ende, que no provienen de lo sagrado que está asociado a los un estudio bíblico. He ahí que la vinculación de su estado “especial” queda implícitamente asociado a la esquizofrenia, no obstante está no le genera problemas porque está en la base de su campo de creencias con el cual está interactuando con el resto.

5. Conclusiones

Se puede destacar que el aporte de un análisis de la argumentación según el modelo de Toulmin (1958), ha dejado entrever que un discurso psicótico, al igual que un discurso “normal”, presenta conclusiones y datos con una lógica que remite a su punto de referencia intrasubjetivo, que no es muy efectivo para un intercambio con su interlocutor. Esto fue producto del análisis de los síntomas y su raciocinio sobre lo que significa para las hablantes ser diagnosticadas con esquizofrenia: demostraron que hay una aceptación bastante ambigua con respecto a la atribución de ser una persona esquizofrénica. Esto se manifiesta por el uso de negaciones o la aceptación modalizada de la enfermedad, o bien de la asociación de un carácter especial a esta condición psicopatológica.

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 cómo dan cuenta discursivamente de su patología estos hablantes.

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.
- Buscaglia, V. & Massone** (2005). “*El amanecer de Carlitos*”: ¿Realidad o Delirio? Un estudio interdisciplinario. Manuscrito enviado para su publicación.
- Foucault, Michel** (2007). *El poder psiquiátrico*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Marafioti, Roberto** (2003). Capítulo 5: El modelo argumentativo de Stephen Toulmin. *Los patrones de la argumentación. La argumentación en los clásicos y en el siglo XX*. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- Ministerio de Salud** (2005). *Guía Clínica Primer Episodio Esquizofrenia*. Santiago: Minsal.
- Pardo, M. Laura** (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*” Artículo en construcción.

Pardo, M. & Lerner, B. (2005). El discurso psicótico: una visión multidisciplinaria desde la lingüística y la psiquiatría. *Revista Signos*, 34, pp. 139- 147.

Stefan, M., Travis, M. and Murray R. (2002). "Clinical features" *An atlas of schizophrenia*. (*Encyclopedia of visual medicine series*). London: The Parthenon publishing group.

Toulmin, Stephen (2007 [1958]). *Los usos de la argumentación*. Barcelona: Península.

Silva, Hernán (1993). *La Esquizofrenia de Kraepelin al DSM – IV*. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.

Notas

¹ 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.

² Ambas sesiones tienen una duración aproximada de 20 a 30 minutos. Para grabarlas se utilizó el software de una palm y un mp3, su programa de audio, que utiliza el psiquiatra dentro de cada sesión. La grabación se realizó bajo estas condiciones por el carácter paranoico que podían presentar las pacientes.

³ 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.

⁴ La característica de esta forma es una traducción hecha por la autora del artículo.

⁵ Marafioti (2003) trabaja esta categoría del esquema argumentativo de Toulmin bajo el nombre de Restricción (R).

⁶ Por medio del presente análisis se pudo establecer cuáles eran las categorías gramaticalizadas y semántico-discursivas que emergían en la construcción discursiva de estas hablantes.

⁷ Para la coherencia de la secuencia se explicita, en cursiva, la pregunta que le realiza el psiquiatra a la hablante.

⁸ La hablante verbaliza el adjetivo pánico de tal forma que genera un neologismo. Este siempre se presenta en los contextos comunicativos donde está la presencia de la psicóloga.