

Voz y discurso en salud mental: esquemas diagnósticos en conflicto en un análisis de caso

Voice and Discourse in Mental Health: A Case Analysis of Conflicting Diagnostic Schemes

JUAN EDUARDO BONNIN

Centro de Innovación de los Trabajadores (CONICET-UMET)
Universidad Nacional de San Martín (UNSAM)
Sarmiento, 2058. Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Argentina), C1044AAF
jebonnin@conicet.gov.ar
<https://orcid.org/0000-0003-3459-0259>

RECIBIDO: 10 DE OCTUBRE DE 2021
ACEPTADO: 23 DE FEBRERO DE 2022

Resumen: En este trabajo presentamos un caso de error de diagnóstico en salud mental que, iniciado en la entrevista de admisión, se prolongó durante un año de tratamiento. Para interpretar las causas de dicho error, y basados en un proceso colaborativo con el equipo de salud mental, utilizamos dos categorías teóricas: “discurso” (entendido como el conjunto de regularidades semióticas y semánticas que se corresponden con un campo social, como en “discurso médico”, etc.) y “voz” (entendida como el producto singular de la articulación entre múltiples discursos a lo largo de la trayectoria biográfica de una persona). Metodológicamente, empleamos las herramientas descriptivas del análisis de la conversación en un corpus heterogéneo que atraviesa las diferentes etapas del diagnóstico y el tratamiento. El análisis muestra el efecto del discurso psicoanalítico, que selecciona algunos aspectos de la voz de la paciente ignorando otros, arribando a un diagnóstico de trastorno de conversión (“histeria”) e impidiendo otro, de afasia progresiva. En el final, se discute el potencial de los estudios de la interacción para el proceso diagnóstico y algunas implicancias del caso para el campo del análisis del discurso.

Palabras clave: Voz. Discurso. Salud mental. Esquemas de conocimiento. Diagnóstico. Comunicación médico-paciente.

Abstract: In this article we present a case of misdiagnosis in mental health that started in the admission interview and lasted for a year of treatment. To interpret the causes of this error, and based on a collaborative process with the mental health team, we use two theoretical categories: “discourse” (understood as the set of semiotic and semantic regularities that correspond to a social field, as in “medical discourse”, etc.) and “voice” (understood as the singular product of the articulation between multiple discourses throughout the biographical trajectory of a person). Methodologically, we use the descriptive tools of conversation analysis in a heterogeneous corpus that goes through the different stages of diagnosis and treatment. The analysis shows the effect of psychoanalytic discourse, which selects some aspects of the patient’s voice while ignoring others, arriving at a diagnosis of conversion disorder (“hysteria”) and preventing another, of progressive aphasia. In the end, the potential of interaction studies for the diagnostic process and some implications of the case for the field of discourse analysis are discussed.

Keywords: Voice. Discourse. Mental Health. Knowledge Schemes. Diagnosis. Doctor-Patient Communication.

1. INTRODUCCIÓN

Este trabajo presenta un estudio de caso con dos objetivos. Desde el punto de vista teórico, me propongo diferenciar –y abogar por la distinción productiva– entre los conceptos de “discurso” (entendido como el conjunto de regularidades semióticas y semánticas que se corresponden con un campo social, como en ‘discurso médico’, ‘discurso político’, etc.) y “voz” (entendida como el producto singular de la articulación entre múltiples discursos a lo largo de la trayectoria biográfica de una persona). Desde el punto de vista empírico, voy a utilizar ambos conceptos para discutir la interpretación de un caso de error de diagnóstico en salud mental que, iniciado en la entrevista de admisión, se prolongó durante un año de tratamiento y puede ser rastreado en la historia clínica de la paciente. En términos metodológicos, utilizaré el aparato del análisis de la conversación para describir de qué modo la voz singular de la paciente fue encuadrada selectivamente dentro del esquema diagnóstico psicoanalítico de la profesional, desestimando así la posibilidad de construir otro diagnóstico que, en última instancia, demostró ser más adecuado. Por la naturaleza singular del caso, el análisis atraviesa un corpus de materiales heterogéneos que permiten rastrear el derrotero de la paciente por la institución: a) la entrevista de admisión a los consultorios externos de salud mental; b) el informe de admisión realizado por la jefa de servicio; c) las notas de la profesional de salud mental durante un año de tratamiento; d) un informe de diagnóstico realizado luego de una descompensación de la paciente en el hospital.

En la sección final, me propongo discutir algunas implicancias teóricas del análisis realizado, especialmente en vistas al campo de los estudios de la interacción en salud.

2. ESQUEMA DIAGNÓSTICO E INTERACCIÓN

El análisis de la conversación (AC) en entornos médicos ha sido utilizado tanto para el metaanálisis de los procedimientos clínicos de elaboración de diagnósticos (Bonnin 2014b; Drew/Chatwin/Collins; Maynard/Heritage; Monzoni/otros) como para el diseño de procedimientos diagnósticos en sí (Corcoran/otros; Cornaggia/otros; Gülich; O’Reilly/Lester). En particular, se destaca el empleo del AC para la formulación de hipótesis diagnósticas de trastornos neurológicos que, en una segunda instancia, pueden probarse con estudios clínicos (Bryant/Ferguson/Spencer; Bryan/Spencer/Ferguson;

O'Reilly/Lester/Muskett; Plug/Sharrak/Reuber; Reuber/otros; Schwabe/Howell/Reuber).

En el caso de la salud mental, los procedimientos de diagnóstico son especialmente desafiantes, en particular a la hora de diagnosticar síntomas funcionales, es decir, síntomas físicos con posibles causas emocionales (Monzoni/otros). El proceso de construcción de un diagnóstico suele incluir varios encuentros, pruebas y cuestionarios, y resulta fuertemente condicionado por el contacto inicial entre el profesional y el paciente (Bonnin 2019; Woolgar/Scott; Perkins/otros).

La integración de las acciones de una conversación, como la consulta, a una acción más compleja y amplia, como el diagnóstico, puede explicarse a través del concepto de “marco” (Kim; en un sentido diferente, ver Boyd/Kerr). En una definición clásica, Goffman considera que el marco tiene una función metacomunicativa, es decir, que organiza los eventos sociales y el involucramiento subjetivo que los participantes tienen en ellos. Poco más tarde, este involucramiento sería definido como “posicionamiento” o *footing*, es decir, el modo en que los participantes se posicionan a sí mismos y en relación a los demás en el marco (*frame*) de un evento (Goffman 128).

Retomando a Goffman y las “pistas de contextualización” (*contextualization cues*) de Gumperz, Schiffrin señala que el “marco” restringe las condiciones sociales para la realización de inferencias situadas acerca de los significados de los hablantes. En otras palabras: se trata de un dispositivo interaccional para orientar la interpretación de lo que un enunciado significa según se integre a un marco determinado. Para Tannen (1993), el “marco” es una “estructura de expectativas” basada en el conocimiento y la experiencia previa de los participantes, diferenciando un “marco interaccional” de un “marco cognitivo” o “de conocimiento” (*cognitive/knowledge frame*), luego denominado “esquema de conocimiento” o *knowledge schema* (Tannen/Wallat; Tannen 2004). El primero, más cercano a la noción de Goffman, refiere a las expectativas que tienen los participantes acerca de lo que está sucediendo en el evento: “¿qué es esto que estamos haciendo?”. Cada contribución es, entonces, evaluada para ratificar, o rectificar, el mismo marco; por ejemplo, en la “revisión clínica”, “toma de datos” o “diagnóstico” de una consulta médica. Muchas veces, entre los participantes se producen desajustes en el marco interaccional, de manera que un paciente quiere recibir su diagnóstico mientras el profesional se encuentra tomando datos (ver Bonnín 2019, 41). El “esquema de conocimiento”, en cambio, refiere a cómo las emisiones o acciones realizadas en el marco del evento

se adecuan o no a expectativas acerca del mundo independientes de la interacción, como la salud o la enfermedad. En el ejemplo de la conversación en contextos de salud, estas acciones permiten inferir un tipo específico de revisión clínica, de toma de datos o, en el caso que nos ocupa, un diagnóstico específico dentro de un repertorio de diagnósticos disponibles.

En este trabajo hablamos de “esquema diagnóstico” para referirnos a este tipo específico de esquema de conocimiento que ofrece un diagnóstico dentro de una disciplina clínica. Este marco se confirma mediante la integración de información verbal (lo que la paciente dice, por ejemplo, de su padre), paraverbal (cómo lo dice, incluyendo aquí tartamudeos, cambios de volumen, etc.) y no verbal (gestos y acciones, como el llanto) en un modelo abstracto de conocimiento para ofrecer un diagnóstico.

El uso de ciertos dispositivos conversacionales (como la formulación) permite integrar la información recopilada en esquemas diagnósticos (Antaki; Antaki/Barnes/Leudar; Bonnin 2017b) y lograr el acuerdo del paciente para pasar a instancias posteriores (por ejemplo, de tratamiento; ver Antaki/Barnes/Leudar 629). Este proceso puede ayudar o dañar el proceso de diagnóstico, puesto que se pueden sustituir las palabras y puntos de vista del paciente con los del médico (Bartesaghi). Para evitarlo, los profesionales de la salud mental necesitan analizar críticamente este proceso, en el que deben escuchar la singularidad de la experiencia del paciente e integrarla en un esquema diagnóstico que no se agota en ella (Perkins/otros).

Resulta clave, en este aspecto, la socialización profesional (formal e informal; educativa y profesional) en el ámbito de la salud mental (Bonnin 2017b; Lakoff), puesto que estos esquemas de conocimiento son agenciados en la socialización en un discurso determinado. Este es un aspecto que Tannen (2004) no tiene en cuenta en su propuesta, puesto que no explica cómo se forman los esquemas de conocimiento. En nuestro caso, consideramos que son agenciados por los sujetos en el proceso de socialización discursiva. En efecto, entendemos el *discurso* como ese punto de articulación entre el lenguaje y el orden social; un conjunto de regularidades semióticas y semánticas que se corresponden con un campo social (como en “discurso médico”, “discurso político”, etc.). Desde esta perspectiva, el discurso es constitutivo en el doble sentido de reproducir el *status quo* social y contribuir a su transformación (Fairclough/Wodak 258). En términos empíricos, los significados del nivel del discurso se encuentran siempre mediados por las voces que los ponen en (inter)acción según normas sociales que regulan el repertorio de opciones dis-

ponibles para producir e interpretar enunciados (Bonnin 2019, 25). En otros términos, la posición de sujeto habilitada por un discurso determinado contiene expectativas y saberes sobre un conjunto limitado de marcos y esquemas de conocimiento. El sujeto socializado exclusivamente en el discurso psicoanalítico solo puede asociar la voz de un paciente a alguno de los esquemas diagnósticos disponibles en ese discurso y será incapaz de advertir o reconocer legitimidad a otros discursos alternativos con sus propios esquemas de conocimiento. A la inversa, la socialización en múltiples discursos permite construir un repertorio más amplio de esquemas de conocimiento, incluyendo esquemas diagnósticos.

Nadie es, sin embargo, “sujeto de un (único) discurso”. Desde nuestra perspectiva, el “discurso” no es un orden estructural preexistente para los hablantes que simplemente se “incorpora” a través de la socialización, sino un repertorio polifónico y heteroglósico de normas de habla construido en prácticas e instituciones sociales. En el caso de la salud mental en Argentina, los discursos dominantes son el del psicoanálisis y el de la medicina.

3. SALUD MENTAL EN ARGENTINA: EL LUGAR DEL PSICOANÁLISIS

El sistema de salud argentino, en particular en la ciudad de Buenos Aires, tiene un fuerte –y tradicional– componente psicoanalítico, especialmente a raíz del impacto del psicoanálisis freudiano a partir de la década de 1940, y laciano a partir de la década de 1960 (ver Lakoff). Desde la perspectiva laciana, diagnosticar significa identificar una “estructura subyacente” que solo puede ser clasificada como neurótica, psicótica o perversa (Thompson/otros). Así, los diferentes tipos de trastornos identificados por los manuales diagnósticos más conocidos internacionalmente (como el DSM-IV, o el CIE-10)¹ son vistos como fenómenos superficiales, emergentes de estas estructuras subyacentes. Así, buena parte de lo que desde un discurso médico es un “trastorno” (abuso de sustancias, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de conversión, etc.), desde el discurso psicoanalítico es un síntoma.

1. El lugar para buscar estos tipos es un cuadro de diagnóstico proporcionado por el Departamento de Atención de Salud Mental del Gobierno de la Ciudad, desarrollado principalmente sobre la base del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV; Asociación Estadounidense de Psiquiatría 1994) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10, por la Organización Mundial de la Salud). Para muchos profesionales, sin embargo, este cuadro es simplemente una “política neoliberal” diseñada para estandarizar el mercado psiquiátrico y abrirlo a productos farmacéuticos extranjeros (Lakoff 57; O’Reilly/Lester).

Esta “confusión entre el conocimiento referencial y el conocimiento textual del inconsciente” (Rubistein 120) llevó a fuertes autocríticas dentro del mismo campo psicoanalítico. Durante la década de los noventa, la intervención de psicoanalistas lacanianos en hospitales públicos trajo de vuelta el tema del diagnóstico como una necesidad clínica, no solo en términos de tratamiento y terapia para el paciente sino también en términos de criterios institucionales sobre prácticas legítimas de salud (Crowe; Lakoff). Así, surgió un conflicto entre una concepción psicoanalítica del diagnóstico como un proceso realizado por el paciente a través del tratamiento, y una concepción médica, que considera el diagnóstico como la condición previa para identificar la enfermedad y tratarla para lograr la cura (Thompson/otros 2006, 104; O’Reilly/Lester). Como consecuencia, toda entrevista está cargada de esta tensión entre la singularidad del caso –que, en última instancia, desafía la posibilidad de diagnóstico– y la regularidad de los tipos clínicos (Bonnin 2021).

4. PRESENTACIÓN DEL CASO Y METODOLOGÍA

Silvia tenía poco más de cincuenta años. En el momento de su primera entrevista en el servicio ambulatorio de salud mental del Hospital, vivía en el empobrecido sur del Gran Buenos Aires, aunque anteriormente había vivido en el barrio que rodea al Hospital, una de las zonas más pobres de la ciudad. Al conocer el Hospital y la calidad de su atención, optó por viajar en transporte público unas dos horas para recibir atención médica allí. En el momento de la primera entrevista vivía con su madre. Llevaba casada casi veinte años, pero en ese momento estaba separada de su marido, con quien había tenido periodos intermitentes de reconciliación. Tiene un hermano y dos medio hermanos de un matrimonio anterior de su padre. Es madre de un hijo y una hija, ambos mayores de edad y viviendo de forma independiente. En los momentos de su visita al hospital, mantenía una relación distante con su hija. Aunque trabajó en otros momentos como empleada y vendedora en diferentes negocios, actualmente está desempleada.

Un neurólogo, a quien consultó por dificultades leves del habla, la derivó al servicio de salud mental para pacientes ambulatorios del Hospital. La nota de derivación, escrita a mano, sellada y firmada por el neurólogo, solicitaba tratamiento para depresión. El neurólogo acompañó su diagnóstico con medicación específica: Clonazepam como ansiolítico y Escitalopram como antidepresivo.

La entrevista fue realizada por una psicoanalista que se identifica como lacaniana. Durante la conversación, rechazó el diagnóstico de depresión del neurólogo y formuló en cambio la hipótesis de la histeria clásica o, en los términos del Manual CIE-10, el “trastorno somatomorfo”² La histeria es un trastorno neurótico común en la clínica de salud mental (Owens/Dein), que se desencadena por algún factor estresante, como una experiencia traumática, y puede presentarse con síntomas motores o sensoriales, que incluyen deterioro o pérdida del habla. Aunque el término “histeria” ha caído en desuso en buena parte del campo psicológico actual (y no existe en los manuales de diagnóstico de uso más extendido, como el CIE-10 o el DSM-IV), la práctica psicoanalítica sigue utilizando el término de manera extendida, en buena medida como reacción a eso que denominan “discurso médico” y que, entre otros aspectos, dominaría los manuales de diagnóstico (Lakoff).

Este fue el diagnóstico inicial al que llegó al final de la entrevista de admisión. Posteriormente, Silvia fue remitida a los especialistas en psicología de adultos, donde se confirmó el diagnóstico. Etiquetada como un caso “simple” de histeria, inició tratamiento con una joven psicóloga que trabajaba como concurrente, es decir, atendía pacientes *ad honorem* y, en compensación, recibía formación clínica y experiencia. A diferencia de los “residentes”, los concurrentes no reciben pago de ningún tipo por su trabajo. Por tanto, no reciben la misma formación ni tienen la misma experiencia que los residentes, porque solo pueden ir al hospital para tratar a los pacientes y realizar cursos en su tiempo libre (ver Bonnin 2017a).

Esta psicóloga, a la que llamaremos Fernanda, trató a Silvia durante casi un año, al cabo del cual dejó el hospital porque había conseguido un trabajo rentado en otra institución. A la semana siguiente, Silvia tuvo un colapso emocional en el hospital, con fuertes llantos y gritos. Inmediatamente fue atendida por la jefa del servicio de psicología de adultos, quien observó que había dejado de tomar el Clonazepam y Escitalopram recetados por el neurólogo, siguiendo, según declaró, “consejos de la Licenciada Fernanda”.³ El jefe del

2. El formulario que completan las profesionales de los consultorios externos de Salud Mental incluye una versión adaptada de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª Edición (CIE-10). Acerca de su gestión interaccional, ver Bonnin (2014a).

3. Una forma común de definir el rol de los profesionales es a través de títulos profesionales y formas de dirección. En mi trabajo de campo he notado el uso del término “licenciado” como equivalente a “doctor”, es decir, tanto como título profesional como vocativo (ver Bonnin 2019, 60) utilizado para designar a los profesionales de la salud no médicos, como las y los licenciados en psicología.

servicio remitió a Silvia a un psiquiatra, que inmediatamente restituyó la medicación y desarrolló una nueva hipótesis diagnóstica. A la semana siguiente, la psiquiatra sometió a Silvia a una serie de pruebas y estableció un nuevo diagnóstico: afasia primaria progresiva (APA). Con el nuevo diagnóstico, Silvia inició un tratamiento coordinado por una psicóloga, una psiquiatra y el neurólogo original, a quien Silvia no había visto desde hacía casi doce meses.

En este trabajo analizaremos discursivamente el caso a través de las huellas dejadas por Silvia y sus interlocutores en los materiales heterogéneos que acompañan la trayectoria clínica de la paciente: a) la entrevista de admisión a los consultorios externos de salud mental; b) el informe de admisión realizado por la jefa de servicio; c) las notas de la profesional de salud mental durante un año de tratamiento; d) un informe de diagnóstico realizado luego de una descompensación de la paciente en el hospital.

Como todo *estudio de caso*, no nos interesa necesariamente una práctica en la que las condiciones particulares son irrelevantes por su regularidad, sino “un determinado fenómeno ubicado en tiempo y espacio” (Neiman/Quaranta 217). En este sentido, al abordar un caso único, “la efectividad de la particularización reemplaza la validez de la generalización” (Neiman/Quaranta 217). Esto significa que el método de análisis es contingente con respecto al material empírico; en otros términos, no buscamos analizar un único recurso lingüístico a lo largo de todo el corpus, sino los recursos que aparecen como relevantes en un corpus determinado y, en este caso, heterogéneo. Así, lo que pueda resultar relevante en una entrevista de admisión (como las narrativas) resulta menos importante en el informe diagnóstico final, donde el foco se desplaza, por ejemplo, al léxico. Esta decisión metodológica no resulta caprichosa, sino que es propia del diseño de los estudios de caso, en los que tiene “prioridad el conocimiento profundo del caso y sus particularidades por sobre la generalización de los resultados” (Neiman/Quaranta 219). Esto no significa que los resultados del análisis no tengan relevancia teórica; por el contrario, la profundización en un caso singular permite profundizar, aunque sea de manera empíricamente limitada, en la discusión conceptual (Lynham). De allí que, en la sección final de este trabajo, reflexionamos acerca del impacto de las conclusiones del análisis en la tensión entre las ideas de “voz” y “discurso”.

En nuestra investigación utilizamos como herramienta descriptiva el análisis de la conversación (Sidnell/Stivers) que propone un conjunto de categorías descriptivas para el abordaje sistemático y detallado de la organización de la interacción. En tal sentido, adoptamos el principio metodológico de documen-

tar y analizar datos de interacciones surgidas en condiciones sociales habituales (no controladas) en el ámbito de la salud mental (Wilkinson/Kitzinger). La integración del análisis de la conversación a las preocupaciones del análisis del discurso acerca de las relaciones de poder y el lugar del lenguaje en su (re)producción no es algo novedoso. Se trata de una agenda en la que el análisis de la conversación busca vincular las problemáticas situadas del orden interaccional con los condicionamientos estructurales que las hacen posibles, mientras que el análisis del discurso busca comprender el lugar de la interacción verbal situada como instanciación, negociación y resistencia de los sujetos (Wooffitt; Bonnin 2019). En este caso, entendemos la relación entre interacción y esquema diagnóstico en el caso de Silvia según la tensión entre discurso médico y discurso psicoanalítico en las instituciones públicas de salud mental.

5. TIEMPO Y CAUSALIDAD: LA ENTREVISTA DE ADMISIÓN DE SILVIA

Las primeras entrevistas tienen consecuencias duraderas en la forma en que los pacientes son admitidos, diagnosticados y tratados en el hospital (Bonnin 2019; O'Reilly/Lester). Si bien la entrevista de admisión no debe producir un diagnóstico, sino simplemente evaluar si el caso requiere tratamiento, los formularios de admisión incluyen un diagnóstico tentativo que condiciona la derivación que se hará del paciente a un especialista.

Durante las entrevistas iniciales, y dado que se trata de atención psicológica, las preguntas para establecer los motivos de la consulta se ordenan en una narrativa biográfica. Así, los síntomas son leídos como pistas para conocer la historia del paciente. Este proceso de narrativización se propone comprender la sucesión de eventos como el desarrollo coherente de un trastorno, organizando información tanto narrativa como causalmente en un orden temporal coherente con un esquema de conocimiento. Para la psicóloga a cargo (PC), la biografía de Silvia no es simplemente una enumeración de hechos inconexos, sino información que permite completar un esquema diagnóstico. El siguiente extracto corresponde a la secuencia “motivos de la consulta”, en la cual la paciente enumera las razones por las que busca atención:

Extracto 1

1. S: = sí (.) E: h (.) E :: h> me me me < yo me trabo (.) Yo
2. me trabo para hablar =
3. PC: = ah

4. S: me pongo nerviosa y =
5. PC: [bueno]
6. S: = [no me salen] las palabras
7. PC: > bueno (.) Bueno < pero eso le pasa desde esta
8. situación?
9. S: sí
10. PC: desde la muerte de su padre me dijo?
11. S: e: h (.) No (.) Después que :: después que ::
12. después que:
13. PC: falleció
14. S: después que falleció mi papá =
15. PC: † sí
16. S: después me ::: (.5) un día yo me: vi que: no se
17. me salían las palabras
18. PC: ahá

Después de presentar los síntomas en las líneas 1-2, Silvia ofrece una hipótesis de autodiagnóstico en líneas 4-6. La PC no reconoce su autodiagnóstico (habitual en psicoterapia; ver Bonnín 2014b) y, en cambio, ofrece una formulación inferencial (*upshot formulation*; ver Antaki 2008) orientada a establecer el origen de los síntomas en la muerte del padre de Silvia. Este es un poderoso dispositivo de conversación, ya que las formulaciones tienen preferencia por el acuerdo. Su “sí” en línea 9 no es necesariamente una respuesta afirmativa a la pregunta de la PC, que era referencialmente ambigua (“esta situación”); por lo tanto, en línea 10 la PC autorrepara esta expresión como “la muerte de tu padre”. Ante esta nueva formulación, Silvia duda al comienzo de línea 11, pero su respuesta es categórica: “no”. Su turno en líneas 11-12 parece una reparación de líneas 7-8 y 10 de la PC, invirtiendo la orientación de la respuesta (de “acuerdo” a “desacuerdo”) y la preposición de PC “desde” por el sintagma adverbial “después de”. “Desde”, seguido de un sintagma nominal (“la muerte de tu padre”), indica el momento en que comienza una acción, no solo una sucesión temporal, mientras que “después”, usado como adverbio, simplemente coloca los eventos en orden en una línea de tiempo. Desde la voz de Silvia, los eventos son dispuestos en una línea temporal de sucesión. En la reformulación de la PC, en cambio, se establecen relaciones causales entre eventos: el primero (la muerte del padre) es el origen del segundo (la alteración del habla). Esta relación resulta clave para confirmar un esquema diagnóstico de trastorno somatomorfo (ver más abajo y Owens/Dein).

Después de hablar sobre la consulta de Silvia con el neurólogo, recomendada por un médico clínico debido a sus dificultades de habla, PC vuelve a preguntar sobre la muerte del padre de Silvia:

Extracto 2

1. PC: ¿cuándo ↑ muere su padre?
2. S: mi papá hace dos años que murió
3. PC: en seguida apareció esto: este? =
4. S: = no no no (1) e: h (.) Cuando murió mi papá yo
5. (.) Hablaba bien
6. PC: ¡ah! hablaba bien
7. S: hablaba bien (1) y después yo un día me :: me vi
8. que: le decía a mi mamá (.) Hablaba por teléfono mi
9. mamá y no me salen las palabras (.) Le digo (.) Me
10. pongo nerviosa ° y no me salen las palabras ° =
11. PC: = de golpe?
12. S: sí (.) De golpe (.) De golpe
13. PC: ahá
14. S: no me salen las palabras
15. PC: pero no fue e: h (.) Ese día como ::
16. S: no no no (.5) no (.5) después que :: murió mi
17. papá yo estuve :: un año (.) Un año y medio y después
18. e: h (.) A: a esta (.) Eh eh en este mes me :: agarró
19. esto

En la línea 3, la PC vuelve a implicar una relación causal a través de la expresión temporal “enseguida”, aunque una vez más Silvia discrepa, con “no no no” en línea 4. Vale la pena notar que parece advertir el esquema diagnóstico de la PC y la orientación de sus formulaciones, que proponen una relación causal. De allí la amplificación “cuando murió mi papá, solía hablar bien”, que desmiente explícitamente el esquema diagnóstico de un trastorno somato-morfo. Desarrollando esto, en línea 7 usa el adverbio “después” para indicar –como en el extracto 1, líneas 11-12, 14 y 16– sucesión temporal, y no causalidad. Algo similar ocurre en línea 15: la PC ofrece un turno incompleto para confirmar la afirmación de Silvia sobre la no concomitancia de la muerte de su padre y el inicio de sus síntomas. Sin embargo, presenta su contribución con un marcador que de hecho no contradice las declaraciones de Silvia sino

la hipótesis de la PC. De ahí el refuerzo de Silvia de la polaridad negativa en línea 16 y, nuevamente, el uso del adverbio “después” para reforzar la distribución temporal de la información, que ahora se mide con mayor precisión en línea 17: “después de un año y medio”.

Esta misma tensión entre el esquema diagnóstico de una histeria neurótica desencadenada por la muerte del padre de Silvia y la afirmación de Silvia de que ambos eventos no están relacionados aparece una vez más durante la toma de antecedentes, y una última vez en la secuencia final de la entrevista:

Extracto 3

1. PC: = si en principio el neurólogo ya ubicó que no hay
2. nada orgánico
3. S: Sí
4. PC: Esto (.) Es más un tema emocional =
5. S: = Sí
6. PC: ¿Sí?
7. S: Sí, es emocional
8. PC: Es emocional. Que hay varios – (.) Que hay un
9. ¿supuesto (.) Sí?
10. S: Sí
11. PC: De (.) La muerte de su padre, pero (.) Es un
12. supuesto
13. S: Sí

En este extracto de la primera entrevista de Silvia, la PC recapitula para ofrecer un diagnóstico en un lenguaje lego. Atribuye al neurólogo la conclusión de que “no hay nada orgánico”, por lo que infiere que “[es] más una cuestión emocional” (línea 4). Es importante recordar que la nota de derivación del neurólogo solicitaba tratamiento para la depresión, no para la dificultad del habla. Esta secuencia es coherente con el diagnóstico final de la PC, que se incluye en el formulario de admisión: “emocional” (enfaticado en línea 8) funciona como sinónimo lego de “somático” (Bonnin 2014b; Monzoni/otros). A pesar de todos los ejemplos anteriores, en los que la hipótesis de la PC fue confrontada por Silvia, la psicóloga establece que “la muerte de su padre” es una posible causa, y se presenta como derivada de toda la entrevista. Esta vez, sin embargo, Silvia no desafía el discurso psicoanalítico de PC, y el mismo es anotado en el formulario de admisión utilizando el código CIE-10: “F45.0, trastorno somatomorfo”.

La PC no advierte en la voz de Silvia ningún signo discordante con el diagnóstico de histeria, como que no pueda firmar o que no recuerde su número de teléfono. Este diagnóstico, resistido por la paciente a lo largo de la entrevista, eventualmente se convertirá en “un atributo de la persona” (Maynard 53), como veremos al analizar la historia clínica de Silvia.

6. LA HISTORIA CLÍNICA: LA VOZ DE SILVIA MEDIADA POR EL DISCURSO PSICOANALÍTICO

Tres semanas después, llamaron a Silvia para que asistiera a otra entrevista, esta vez con la jefa del servicio de psicología de adultos. Siete días más tarde, inició el tratamiento con una profesional de ese equipo, la joven concurrente que hemos llamado Fernanda. Todo el proceso está documentado en su historia clínica: una carpeta en soporte papel, manuscrita, encabezada por su nombre, que incluye el formulario de admisión y las notas que su terapeuta tomó durante su tratamiento. Estas notas consisten principalmente en párrafos cortos, encabezados por la fecha, en los que se utilizan diferentes estilos de habla indirecta, combinados con observaciones y comentarios sobre las acciones y palabras de Silvia durante cada sesión.

Aunque este texto fue escrito por Fernanda, la terapeuta de Silvia, que trabajó a partir del esquema diagnóstico de histeria, todavía podemos escuchar la voz de Silvia en él, mediada y reformulada por el discurso psicoanalítico. Posteriormente, la psiquiatra pudo reconstruir el deterioro cognitivo de Silvia reinterpretando esta información a la luz de un nuevo esquema diagnóstico.

En las notas de la primera entrevista, con la jefa del servicio, observamos que ya se emplea sistemáticamente “desde” en vez de “después de”, reemplazando así el orden temporal con la interpretación causal: la dificultad del habla de Silvia aparece como originada por la muerte de su padre. En la historia clínica, la hipótesis de Fernanda se puede observar en la yuxtaposición de síntomas físicos o conductuales con información sobre su familia, especialmente su padre:

Extracto 4

1. Hace 6 meses se pone nerviosa y no le salen las palabras (Abril).
2. No puede situar por qué, no le pasó nada puntual.
3. “Antes era una persona normal”.
4. Hace un tiempo movió las cenizas de su padre al cementerio.

En el extracto 4, líneas 1 y 2, la voz de Silvia aparece narrativizada y repite la información dada en la primera entrevista: su discapacidad del habla y la no relación con cualquier otra circunstancia personal. Mediante el discurso directo, en línea 3, se establece una oposición entre antes y después, aunque su referencia temporal solo aparece, yuxtapuesta, en línea 4: “movió las cenizas de su padre”. Como “desde” en las entrevistas, la información en línea 4 funciona como origen del síntoma, como referencia previa a la cual “yo era una persona normal” (línea 3).

A lo largo de los meses de psicoterapia es recurrente este entrelazamiento entre la voz de Silvia, refiriendo experiencias mentales, físicas y conductuales, y el discurso psicoanalítico de Fernanda, que propone un vínculo explicativo entre los síntomas y la relación traumática con su padre. Observamos esta hipótesis en la yuxtaposición de síntomas y referencias a su padre, por un lado, y en el uso del habla directa para jerarquizar los últimos fragmentos de las sesiones, por el otro.

Extracto 5

1. No puede firmar. “Como si fuera chiquita”
2. “Es como si estaría en 3er / 4to grado” → época en la que vivía en
3. XXXXXXXX ((ciudad)), “mi papá era muy mujeriego, me cargaban en el colegio”
4. Cuando la echó a su hija de / la casa empezó a hablar mal

En la línea 1, el contenido referencial del discurso de Silvia (la imposibilidad de firmar) ocupa un lugar secundario junto al enunciado comparativo, jerarquizado a través del discurso directo, en el que declara que se siente una niña por esta incapacidad. Las líneas 2 y 3 profundizan en la comparación, nuevamente privilegiando los recuerdos de la infancia a través del discurso referido en estilo directo. Así, el síntoma conductual parece secundario en relación con los recuerdos de la infancia.

Casi un año después de su primera entrevista, Silvia tuvo su última sesión con Fernanda, quien dejó la concurrencia en el hospital al conseguir un empleo rentado en su área profesional. Esta última sesión quedó registrada en la historia clínica de la siguiente manera, indicando que la madre de Silvia telefoneó para solicitar tratamiento psiquiátrico (no solo psicoterapia), tal como lo había indicado el neurólogo un año antes.

Extracto 6

1. La semana anterior la madre de Silvia se comunica telefónicamente y plantea (???)
2. que el neurólogo le dijo a Silvia que comience con un tratamiento con un psiquiatra.
3. En el encuentro con Silvia dice que le asusta la idea de ir al psiquiatra porque “es para
4. locos”. Se trabaja sobre el tema

Fernanda se muestra incómoda ante la demanda de tratamiento psiquiátrico de la madre de Silvia, la cual es evaluada críticamente por los signos de pregunta entre paréntesis (línea 1) y no deriva a Silvia a un psiquiatra. En cambio, la cita directa de las palabras de Silvia (líneas 3-4) y el comentario final (“se trabaja sobre el tema”) muestran que la sesión trató sobre la desconfianza con respecto al psiquiatra, que implicaría un diagnóstico estigmatizante de “locura” (ver Elraz; Ringer/Holler), y no se tomó en cuenta el pedido de atención psiquiátrica realizado por el neurólogo, según el llamado de la madre de Silvia.

7. EL REENCUADRE DE LA VOZ DE SILVIA EN EL DISCURSO MÉDICO

A la semana siguiente, Fernanda ya no está en el hospital y Silvia asiste a su sesión programada en medio de una crisis de ansiedad, en compañía de su madre, exigiendo atención médica. Como Fernanda ya no estaba en el Hospital, Silvia es recibida por la jefa del servicio de psicología de adultos, una psicóloga más experimentada a la que llamaremos Graciela. Después de examinar a Silvia, escribió en la historia clínica:

Extracto 7

1. La paciente se refiere a dos episodios que vincula
2. con su cuadro actual: la muerte de su padre hace 4 años y
3. una discusión con su hija hace 2 años. Ubica el inicio de su
4. sintomatología posteriormente a dichos episodios: se refiere
5. dificultades en el habla (que se evidencian en la entrevista);
6. problemas articulatorio, tartamudez, dificultades en la fluidez.
7. La paciente refiere “no me salen las palabras, desde ese
8. momento algo se bloquea”.

9. A partir de aquel momento se ubica. disminución de su
10. rendimiento físico e intelectual, de la voluntad, y la
11. iniciativa, dificultad para tolerarlos cambios.
12. También se refiere a tristeza y llanto que resurgen en las últimas
13. semanas. Se vincula al abandonar la toma de la medicación
14. indicada por el neurologo.
15. Se restablece el plan, previa consulta con psiquiatra del
16. servicio. Se gestiona turno con psiquiatra del servicio.

Esta nueva entrada en la historia clínica muestra un estilo y tono diferentes, siendo mucho más descriptiva y detallada. La distancia social aumenta al designar a Silvia como “la paciente” y no por su nombre. Podemos escuchar la voz de Silvia repitiendo el diagnóstico psicoanalítico (que había rechazado repetidamente un año antes) en líneas 1-3, pero Graciela no acuerda acríticamente con él. Por el contrario, los verbos de decir utilizados (como “refiere”) permiten tanto reconocerlo como tomar distancia de él. Por primera vez, el término clínico “síntoma” se utiliza en su historia clínica y, además de los detalles biográficos, los comportamientos referidos se anotan en línea 5: Silvia describe sus síntomas y Graciela los confirma por medio de la observación, diferenciando así el contenido, de la descripción de la voz del paciente.

Fernanda también había registrado estos síntomas, pero en su texto solo parecen ser relevantes como desencadenantes de los recuerdos de la infancia. Graciela, por el contrario, toma el contenido del habla de Silvia como información relevante y literal. Esto se puede observar en la distribución temporal de hechos en línea 4 (“después de esos episodios”) sin la atribución causal observada tanto en la primera entrevista como en la historia clínica. Esta atribución no la hace Graciela sino Silvia, cuya perspectiva es preservada por el verbo “ubica”. Nuevamente, es Silvia quien se presenta como la fuente de la relación entre el abandono de la medicación y los nuevos síntomas de tristeza y llanto (como consecuencia de dejar de tomar la medicación). La perspectiva de Silvia es introducida por los verbos “refiere” (línea 8) y “ubica” (línea 9), estableciendo así nuevamente la distancia entre la profesional y la paciente.

A diferencia de los registros de Fernanda en la historia clínica, Graciela no subordina la voz de Silvia al discurso psicoanalítico. Su propia voz es diferente a la del paciente y no parece orientada a un único esquema diagnóstico. De ahí que sea capaz tanto de escuchar la voz de Silvia como de evaluar diferentes discursos clínicos (psicoanalíticos, psiquiátricos) que pueden reinterpretar sus síntomas en un esquema diferente.

Dos semanas después, Silvia fue diagnosticada con afasia primaria progresiva y continuó recibiendo psicoterapia, así como tratamiento psiquiátrico y neurológico. El diagnóstico final no fue una forma de encerrar su caso en un discurso (médico u otro), sino de diseñar un entorno plural de discursos que, con sus distintos esquemas de conocimiento, permitieran que su voz resonara en notas diferentes.

8. DISCUSIÓN: VOZ Y ANÁLISIS DEL DISCURSO

Al revisar los materiales analizados en este trabajo en conjunto con el equipo de salud mental, resulta sorprendente que los síntomas de la afasia hubieran estado allí desde la primera entrevista. Silvia había descripto claramente cómo se sentía y había negado explícitamente los síntomas de un trastorno somático. Su voz se podía rastrear a través de estos materiales heterogéneos, y se llenaba de significado a la luz de esta clave interpretativa. Sin embargo, oída en un marco diagnóstico basado únicamente en el discurso psicoanalítico, esa voz no fue escuchada.

El trabajo con profesionales del campo de la salud mental en Buenos Aires, y la necesidad de comprender cómo integrar la singularidad de la experiencia narrada en un evento a la regularidad de un marco discursivo que incluye un tipo diagnóstico, me llevó a diferenciar entre dos conceptos: voz y discurso.

El concepto de “voz” (generalmente referenciado en Bakhtin 1981; 1986) ha sido frecuentemente definido como: a) una perspectiva y estilo que se corresponde con un personaje discursivo o enunciador, incluyendo aquí los estudios sobre discurso referido e intertextualidad (ver Clark/van der Wage; Mey; Wortham/Gadsden). Aquí se encuentra también el fenómeno enunciativo de “doble enunciación”, en el que un enunciado tiene marcas deícticas de dos locutores diferentes a través de la misma clase de deíctico de primera persona; b) una serie de regularidades lingüísticas tipificables, asociadas a identidades sociales más o menos estereotipadas, identificando –en la práctica– “voz” y “discurso” (ver Blommaert; Strunck/Lassen; Tóvares); c) uno o más discursos socialmente disponibles que son agenciados activamente por los hablantes, incluyendo recursos valorativos y de expresión emocional (ver Agha; Archakis; Gumperz; Hymes; Ribeiro). En esta última perspectiva se puede incluir el concepto de “ethos discursivo” (Maingueneau), entendido como “imagen de sí” del locutor construida en su enunciado –a través de lo que el enunciador dice de sí (*ethos dicho*) o hace (*ethos mostrado*)– o en enunciados previos –también llamado “ethos prediscursivo”–. Para un análisis más detallado de

estas tres perspectivas, ver Bonnín (2021); ver también Bolívar para una evaluación desde las teorías del diálogo. En esta tercera mirada se funda nuestra propia definición de “voz” como un conjunto de regularidades semióticas que indexicalizan una biografía y una experiencia: saberes, recursos y formas de hablar que emergen de una experiencia singular de las prácticas discursivas.

En el caso de Silvia, esta singularidad aparece indexicalizada por distintos elementos. En primer lugar, se encuentran los aspectos *verbales*, especialmente los narrativos. Este fue, como observamos, el eje de la entrevista de admisión, en la que los personajes, acciones y circunstancias fueron objeto de una tensión entre las participantes. En efecto, mientras que la paciente presentaba una relación de sucesión temporal, la profesional formulaba una relación causal, que era consistente con un marco diagnóstico dentro del discurso psicoanalítico. En segundo lugar, se encuentran los elementos *paraverbales*, como los tartamudeos, cambios de volumen de voz, prolongaciones vocálicas, etc. Estos aspectos son integrados al esquema diagnóstico en la entrevista de admisión y en el reencuadre de Silvia en el discurso médico (“refiere dificultades en el habla [que se evidencian en la entrevista]”; ver extracto 7). Durante la historia clínica, en cambio, los aspectos paraverbales no parecen ser tenidos en cuenta como síntomas, sino como disparadores narrativos del verdadero síntoma (“Cuando la echó a su hija de / la casa empezó a hablar mal”: ver extracto 5). Por último, esta voz incluye aspectos no verbales relevantes, como el llanto, los gestos, etc. que comunican emociones y estados de ánimo que no son, necesariamente, verbalizados, pero sí codificados socialmente y agenciados a través de la socialización discursiva de la que ya hemos hablado.

El interés por la voz, como índice de la singularidad de la biografía y la experiencia del hablante, se recorta sobre el interés por el *discurso*, entendido como ese punto de articulación entre el lenguaje y el orden social. En las perspectivas tradicionales de análisis del discurso, la voz de los hablantes se presenta como irrelevante, intercambiable con la de otros, puesto que su función es simplemente actualizar posiciones de sujeto definidas *a priori*. En la perspectiva que proponemos aquí, nos interesa la voz como el producto singular de la articulación entre múltiples discursos a lo largo de la trayectoria biográfica de un sujeto.

En una visita médica, especialmente en el caso de la salud mental, la voz de los pacientes indexicaliza una biografía constituida por experiencias, saberes, lenguas y discursos previos (incluso el mismo discurso médico, conocido por consultas anteriores o los medios de comunicación; ver Ringer/Holler). El desafío

de los profesionales es encontrar un marco discursivo en el que esa experiencia singular se adecue a un diagnóstico; un discurso en el que la voz resuene clínicamente. Al hacerlo, sin embargo, corre el riesgo de adoptar un discurso y descartar otros, desoyendo aspectos relevantes de la voz del paciente (Wright/otros).

En el análisis de caso que presentamos aquí no buscamos discutir la adecuación (o falta de adecuación) de los diferentes diagnósticos propuestos a lo largo del caso de Silvia. Lo que buscamos es comprender por qué fue tan difícil de lograr y por qué fue tan doloroso todo este proceso para la paciente. La respuesta, al menos parcial, que he argumentado es que no se escuchó la voz de Silvia, que no se tuvo en cuenta la singularidad de su experiencia. En cambio, se la usó principalmente como insumo para sostener el único esquema diagnóstico que el discurso psicoanalítico admitía con esos elementos, en el que las estructuras narrativas (como el orden temporal de los eventos) se convierten en relaciones causales y las conductas paraverbales solo se entienden como desencadenantes de experiencias biográficas traumáticas. Al construir este análisis, ha quedado opuesta la voz (como fenómeno individual) al discurso (como fenómeno socialmente normativo).

En el caso de Silvia, la voz, como fenómeno singular, se escucha a través de los discursos, en “las ideologías más amplias y discursos de poder que constituyen” (Johnson 213). Incluso la historia clínica muestra su voz ya moldeada por el discurso psicoanalítico en el reconocimiento de la relación entre la muerte de su padre y su trastorno del habla. Pero en la escritura de Fernanda también hay voz, como la percepción singular de signos discordantes (de firma, manejo del dinero, trastornos de la memoria), que se registran aunque no concuerden con el esquema diagnóstico previamente asumido. También hay emotividad, como en el expresivo “(???)” en el extracto 6.

Otra conclusión relevante del análisis realizado es que los esquemas de conocimiento seleccionan aspectos de la voz del otro para interpretarlos dentro de los límites de un discurso particular. De manera inversa, es frecuente observar lo opuesto a lo visto aquí: la medicalización de la tristeza o la ansiedad no patológicas proviene de un discurso médico que tampoco está en condiciones de interpretar una voz que se le escapa en las narrativas de sus pacientes (ver Bonnín 2019; Brinkman). En este sentido, es central no hacer recaer el discurso en la voluntad, la intencionalidad o la inteligencia de los individuos. Por el contrario, buena parte de la incapacidad de Fernanda por interpretar la voz de su paciente en otro esquema diagnóstico se debe a su falta de socialización en el discurso médico, no a su voluntad de ignorarlo. Esto es consecuen-

cia de las precarias condiciones en las que desarrolla su trabajo: se ha mostrado que el trabajo precario de los y las “concurrentes” en salud mental los deja en condiciones de inferioridad con respecto a sus colegas rentados a la hora de interactuar con otros saberes dentro de la práctica clínica (Bonnin 2017a).⁴

Desde esta perspectiva, el “discurso”, como repertorio polifónico y heteroglósico de normas de habla, es agenciado por la experiencia individual de prácticas e instituciones sociales. La voz, como su unidad empírica singular, nos ofrece un enfoque metodológico capaz de integrar materiales discursivos heterogéneos, al mismo tiempo que permite comprender experiencias individuales únicas de la realidad social y las relaciones de poder que las hacen inteligibles.

Convenciones de transcripción

[indica el comienzo de un solapamiento
]	indica el final de un solapamiento
=	al final de un turno y al comienzo del siguiente, indica que no hay pausa audible entre ambos
(3.2)	silencio o pausa medida en segundos
(.)	silencio o pausa muy breve
<u>Subrayado</u>	indica énfasis
:::	indica una prolongación del sonido precedente
–	indica una interrupción abrupta
?	entonación ascendente, no necesariamente una pregunta
!	tono animado o enfático
,	la entonación sugiere continuación
.	entonación descendente final

4. Como consecuencia de las observaciones que se han volcado en este estudio, durante los años de la investigación elaboramos colaborativamente protocolos de admisión y formación del personal. En cuanto a los primeros, organizamos fichas para que cada pareja de profesionales completara durante la entrevista de admisión con información verbal, paraverbal y no verbal (bajo las preguntas: ¿qué dice? ¿cómo lo dice? y ¿qué hace? el/la paciente). En cuanto a los segundos, se organizaron capacitaciones obligatorias en las que profesionales de psicología explicaban aspectos básicos del diagnóstico y tratamiento en el campo psicoanalítico, a la vez que profesionales de psiquiatría explicaron aspectos básicos de semiología médica. Estos elementos fueron formalizados en un pequeño cuadernillo de uso interno. Por último, se incluyó la exposición y el tratamiento de este caso en el “pase” o “ateneo” de los consultorios externos de salud mental, donde se presentó todo el material, nuestra interpretación discursiva, y se discutió la necesidad de generar mayor interacción entre los discursos médico y psicoanalítico, además de formalizar buenas prácticas de diagnóstico y tratamiento interdisciplinario en el área.

MAYÚSCULAS	indican un volumen sensiblemente más alto
° °	indican un volumen más bajo de la emisión que rodean
oo oo	indica un volumen considerablemente más bajo de la emisión que rodean
(())	comentarios sobre conducta no lingüística
(aproximación)	transcripción dudosa

OBRAS CITADAS

- Agha, Assif. "Voice, Footing, Enregisterment". *Journal of Linguistic Anthropology* 15.1 (2005): 38-59.
- Antaki, Charles. "Formulations in psychotherapy". *Conversation Analysis and Psychotherapy*. Eds. Charles Antaki, Sanna Vehviläinen, Annsy Peräkylä e Ivan Leudar. Cambridge: Cambridge University Press, 2008. 26-42.
- Antaki, Charles, Robert Barnes e Ivan Leudar. "Diagnostic formulations in psychotherapy". *Discourse Studies* 7.6 (2005): 627-47.
- Archakis, Argiris. "Immigrant voices in students' essay texts: Between assimilation and pride". *Discourse & Society* 25.3 (2014): 297-314.
- Bakhtin, Mikhail. "Discourse in the novel". *The Dialogic Imagination: four essays by M. M. Bakhtin*. Ed. Michael Holquist. Austin TX: University of Texas Press, 1981. 269-422.
- Bakhtin, Mikhail. *Speech Genres and Other Late Essays*. Austin TX: University of Texas Press, 1986.
- Bartesaghi, Mariaelena. "Conversation and psychotherapy: How questioning reveals institutional answers". *Discourse Studies* 11.2 (2009): 153-77.
- Blommaert, Jan. "Bernstein and poetics revisited: voice, globalization and education". *Discourse & Society* 19.4 (2008): 425-51.
- Bolívar, Adriana. *Political Discourse as Dialogue: A Latin-American Perspective*. London: Routledge, 2018.
- Bonnin, Juan Eduardo. "Expanded Answers to Bureaucratic Questions: Negotiating Access to Public Healthcare". *Journal of Sociolinguistics* 18.5 (2014a): 685-707.
- Bonnin, Juan Eduardo. "Treating Without Diagnosis: Psychoanalysis in Medical Settings in Argentina". *Communication & Medicine* 11.1 (2014 b): 15-26.
- Bonnin, Juan Eduardo. "Interacción institucional y socialización profesional: representaciones sobre el tratamiento psiquiátrico en entrevistas de admisión en salud mental". *Oralia. Análisis del discurso oral* 20 (2017a): 45-67.

- Bonnin, Juan Eduardo. "Formulations in Psychotherapy: Admission Interviews and the Conversational Construction of Diagnosis". *Qualitative Health Research* 27.11 (2017b): 1591-99.
- Bonnin, Juan Eduardo. *Discourse and Mental Health. Voice, Inequality and Resistance in Medical Settings*. London: Routledge, 2019.
- Bonnin, Juan Eduardo. "Discourse Analysis for Social Change: Voice, Agency and Hope". *International Journal of Sociology of Language* 267-268 (2021): 69-84.
- Boyd, Jade, y Thomas Kerr. "Policing «Vancouver's mental health crisis»: a critical discourse analysis". *Critical Public Health* 26.4 (2016): 418-33.
- Brinkman, Svend. *Diagnostic Cultures. A Cultural Approach to the Pathologization of Modern Life*. London: Routledge, 2016.
- Bryant, Lucy, Alison Ferguson y Elizabeth Spencer. "Linguistic analysis of discourse in aphasia: A review of the literature". *Clinical Linguistics & Phonetics* 30.7 (2016): 489-518.
- Bryant, Lucy, Elizabeth Spencer y Alison Ferguson. "Clinical use of linguistic discourse analysis for the assessment of language in aphasia". *Aphasiology* 31.10 (2017): 1105-26.
- Clark, Herbert, y Mija van der Wage. "Imagination in Discourse". *The Handbook of discourse analysis*. Eds. Deborah Schiffrin, Deborah Tannen y Heidi E. Hamilton. Oxford: Basil Blackwell, 2003. 772-86.
- Corcoran, Cheryl M., Facundo Carrillo, Diego Fernández-Slezak, Gillinder Bedi, Casimir Klim, Daniel C. Javitt, Carrie E. Bearden y Guillermo A. Cecchi. "Prediction of psychosis across protocols and risk cohorts using automated language analysis". *World Psychiatry* 17 (2018): 67-75.
- Cornaggia, Cesare Maria, Simona Corinna Gugliotta, Adriana Magaudda, Rossella Alfa, Massimiliano Beghi y Maria Polita. "Conversation analysis in the differential diagnosis of Italian patients with epileptic or psychogenic non-epileptic seizures: A blind prospective study". *Epilepsy & Behavior* 25.4 (2012): 598-604.
- Crowe, Marie. "Constructing normality: A discourse analysis of the DSM-IV". *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 7.1 (2000): 69-77.
- Drew, Paul, John Chatwin y Sarah Collins. "Conversation analysis: a method for research into interactions between patients and health-care professionals". *Health Expectations* 4.1 (2000): 58-70.
- Elraz, Hadar. "Identity, mental health and work: How employees with mental health conditions recount stigma and the pejorative discourse of mental illness". *Human Relations* 71.5 (2018): 722-41.

- Fairclough, Norman, y Ruth Wodak. "Critical discourse analysis". *Discourse as Social Interaction*. Ed. Teun A. van Dijk. London: Sage Publications, 1997. 258-84.
- Goffman, Erving. *Forms of talk*. Phyladelphia: University of Pennsylvania Press, 1981.
- Gülich, Elisabeth. "Conversation analysis as a new approach to the differential diagnosis of epileptic and non-epileptic seizure disorders". *Hearing aids communication: integrating social interaction, audiology and user centered design to improve communication with hearing loss and hearing technologies*. Ed. Arnulf Depperman. Mannheim: Verl. für Gesprächsforschung, 2012. 146-58.
- Gumperz, John. "On interactional sociolinguistic method". *Talk, Work and Institutional Order*. Eds. Srikant Sarangi y Celia Roberts. Berlin: Mouton de Gruyter, 1999. 453-71.
- Hymes, Dell. *Ethnography, Linguistics, Narrative Inequality: Toward an Understanding of Voice*. New York: Taylor and Francis, 1996.
- Johnson, Greer C. "The discursive construction of teacher identities in a research interview". *Discourse and Identity*. Eds. Anna de Fina, Deborah Schiffrin y Michael Bamberg. Cambridge: Cambridge University Press, 2006. 213-32.
- Kim, Youn-Kyung. "Frame Analysis". *The Encyclopedia of Applied Linguistics*. Ed. Carol A. Chapel. London: Wiley Blackwell, 2012.
- Lakoff, Andrew. *Pharmaceutical Reason: Knowledge and Value in Global Psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press, 2008.
- Lynham, Susan A. "The General Method of Theory-Building Research in Applied Disciplines". *Advances in Developing Human Resources* 4.3 (2002): 221-41.
- Maingueneau, Dominique. "Retour critique sur l'ethos". *Langage et société* 149 (2014): 31-48.
- Maynard, Douglas W., y John Heritage. "Conversation analysis, doctor-patient interaction and medical communication". *Medical Education* 39.4 (2005): 428-35.
- Maynard, Douglas. "On predicating a diagnosis as an attribute of a person". *Discourse Studies* 6.1 (2004): 53-76.
- Mey, Jacob L. "Literary Pragmatics". *The Handbook of discourse analysis*. Eds. Deborah Schiffrin, Deborah Tannen y Heidi E. Hamilton. Oxford: Basil Blackwell, 2001. 787-97.

- Monzoni, Chiara M., Roderick Duncan, Richard Grünewald y Markus Reuber. "Are there interactional reasons why doctors may find it hard to tell patients that their physical symptoms may have emotional causes? A conversation analytic study in neurology outpatients". *Patient Education and Counseling* 85.3 (2011): 189-200.
- Neiman, Guillermo, y Germán Quaranta. "Los estudios de caso en la investigación cualitativa". *Estrategias de investigación cualitativa*. Ed. Irene Vasilachis de Gialdino. Buenos Aires: Gedisa, 2006. 213-37.
- O'Reilly, Michelle, Jesica Nina Lester y Tom Muskett. "Discourse/Conversation Analysis and Autism Spectrum Disorder". *Journal of Autism Spectrum Disorder* 46 (2016): 355-59.
- O'Reilly, Michelle, y Jesica Nina Lester. *Examining Mental Health through Social Constructionism*. London: Palgrave Macmillan, 2017.
- Owens, Colm, y Simon Dein. "Conversion disorder: the modern hysteria". *Advances in Psychiatric Treatment* 12.2 (2006): 152-57.
- Perkins, Amorettem, Joseph Ridler, Daniel Browes, Guy Peryer, Caitlin Notley y Corinna Hackmann. "Experiencing mental health diagnosis: a systematic review of service user, clinician, and carer perspectives across clinical settings". *The Lancet Psychiatry* 5.9 (2018): 747-64.
- Plug, Leendert, Basil Sharrack y Markus Reuber. "Conversational analysis can help to distinguish between epilepsy and non-epileptic seizures disorders: a case comparison". *Epilepsy & Behavior* 18.1 (2009): 43-50.
- Reuber, Markus, Chiara M. Monzoni, Basil Sharrack y Leendert Plug. "Using interactional and linguistic analysis to distinguish between epileptic and psychogenic nonepileptic seizures: a prospective, blinded multirater study". *Epilepsy & Behavior* 16.1 (2009): 139-44.
- Ribeiro, Branca Telles. "Footing, positioning, voice: are we talking about the same things?". *Discourse and Identity*. Eds. Anna de Fina, Deborah Schiffrin y Michael Bamberg. Cambridge: Cambridge University Press, 2006. 48-82.
- Ringer, Agnes, y Mari Holler. "«Hell no, they'll think you're mad as a hatter»: Illness discourses and their implications for patients in mental health practice". *Health* 20.2 (2016): 161-75.
- Rubistein, Alicia. "Algunas cuestiones relativas al diagnóstico en psicoanálisis". *Revista de psicoanálisis* 1 (1999): 119-27.
- Schiffrin, Deborah. *Approaches to discourse*. Cambridge: Blackwell, 1994.
- Schwabe, Meike, Stephen J. Howell y Markus Reuber. "Differential diagnosis of seizure disorders: a conversation analytic approach". *Social Sciences & Medicine* 65.4 (2007): 712-24.

- Sidnell, Jack, y Tanya Stivers. *The Handbook of Conversation Analysis*. London: Wiley Blackwell, 2012.
- Strunck, Jeanne, e Inger Lassen. "The discursive construction of self positioning amongst minority ethnic patients in a hospital ward". *Journal of Multicultural Discourses* 6.3 (2011): 273-90.
- Tannen, Deborah. *Framing in discourse*. New York: Oxford University Press, 1993.
- Tannen, Deborah. "Talking the Dog: Framing Pets as Interactional Resources in Family Discourse". *Research on Language and Social Interaction* 37.4 (2004): 399-420.
- Tannen, Deborah, y Cynthia Wallat. "Interactive frames and knowledge schemas in interaction: Examples from a medical examination/interview". *Framing in discourse*. Ed. Deborah Tannen. New York: Oxford University Press, 1999. 57-76.
- Thompson, Santiago, Arturo Frydman, Laura Salinas y Gabriel Lombardi. "El proceso diagnóstico en psicoanálisis". *Anuario de Investigaciones* 14 (2006): 103-10.
- Tovares, Alla V. "Going off-script and reframing the frame: The dialogic intertwining of the centripetal and centrifugal voices in the Truth and Reconciliation Commission hearings". *Discourse & Society* 27.5 (2016): 554-73.
- Wilkinson, Sue y Celia Kitzinger. "Conversation analysis". *The SAGE Handbook of Qualitative Research in Psychology*. Eds. Carla Willig y Wendy Stainton Rogers. London: Sage, 2017. 74-92.
- Woffitt, Robin. *Conversation Analysis and Discourse Analysis: a Comparative Introduction*. London: Sage, 2009.
- Woolgar, Matt, y Stephen Scott. "The negative consequences of over-diagnosing attachment disorders in adopted children: The importance of comprehensive formulations". *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 19.3 (2014): 155-66.
- Wortham, Stanton, y Vivian Gadsden. "Urban fathers positioning themselves through narrative: an approach to narrative self-construction". En *Discourse and Identity*. Ed. Anna de Fina, Deborah Schiffrin y Michael Bamberg. Cambridge: Cambridge University Press, 2006. 314-41.
- Wright, Nicholas, Emma Rowley, Arun Chopra, Kyriakos Gregoriou y Justin Waring. "From admission to discharge in mental health services: a qualitative analysis of service user involvement". *Health Expectations* 19 (2016): 367-76.