



DISCURSO

& SOCIEDAD

Copyright © 2013
ISSN 1887-4606
Vol. 7(1), 97-110
www.dissoc.org

Artículo

Discurso y aplanamiento afectivo

María Laura Pardo
CIAFIC-CONICET-UBA

Virginia Buscaglia
CIAFIC-CONICET-UBA

Resumen

En este trabajo nos proponemos investigar el llamado aplanamiento afectivo (tal como lo entiende la psicología y la psiquiatría) en sujetos que padecen algún trastorno psicótico en diferentes contextos (Sujetos en situación de indigencia que viven en la calle y pacientes de nosocomios privados y públicos). El aplanamiento afectivo consiste en la imposibilidad del sujeto de reaccionar ante los objetos, situaciones y personas. Quienes lo padecen, presentan incapacidad afectiva y, por lo tanto, incapacidad de expresar las emociones verbalmente. Cuestionamos que cuando la psiquiatría incluye el discurso, en sus descripciones sintomatológicas, ya sea en su aspecto exaltado, en lo que denomina 'síntomas positivos' de la psicosis, o en su contraparte, la pobreza o falta de discurso en lo que denomina 'síntomas negativos', lo hace produciendo una división a partir de la presentación fenomenológica de esos síntomas, pero no toma en cuenta que el discurso (lenguaje en uso) es un componente más macro que queda fuera de esta división, que va mucho más allá, la traspasa. Por lo que no se puede sostener que quien tiene aplanamiento afectivo tenga necesariamente "aplanamiento discursivo". Cantidad de palabras no es calidad de discurso. El análisis lingüístico se realiza mediante el componente Actitud de la teoría de la valoración (Iedema et al, 1994; Martin y White, 2005). La metodología es cualitativa y el marco teórico es el del Análisis Crítico del Discurso especialmente en su vertiente latinoamericana (Pardo Abril, 2008; de Melo Resende, 2010; García da Silva y Pardo Abril, 2010; Pardo, 2011).

Palabras clave: *aplanamiento afectivo; aplanamiento discursivo, teoría de la valoración, psiquiatría.*

Abstract

In this paper we propose to investigate the so-called affective flattening (as understood by psychology and psychiatry) in subjects with psychotic's symptoms in different contexts (Subjects are destitute people living on the street and patients at private and public asylums). The affective flattening is the inability of the person to react to objects, situations and people. These subjects present affective inability and therefore inability to express their emotions verbally. We question that when psychiatry includes speech, in their symptomatology descriptions, either in its exalted aspect, in what is called positive symptoms of psychosis, or its counterpart, poverty or lack of speech in what is called negative symptoms, does it by producing a split from the phenomenological presentation of these symptoms, but does not take into account that discourse (language in use) is a macro component that is out of this division, which goes far beyond. What is impossible to claim is that who have affective flattening not necessarily have "flattening discourse", quantity is not speech quality. Linguistic analysis is performed by the component Attitude of the Appraisal theory (Iedema et al, 1994, Martin and White, 2005). The methodology is qualitative and the theoretical framework is Critical Discourse Analysis especially with a Latin American perspective (Pardo Abril, 2008, de Melo Resende, 2010; Garcia da Silva and Pardo Abril, 2010, Pardo, 2011).

Key Words: *affective flattening, flattening discourse; Appraisal Theory, Psychiatry.*

Introducción

Dando continuidad a nuestra investigación sobre salud mental y lenguaje en contextos de indigencia en comparación con pacientes bajo tratamiento ambulatorio y hospitalario (Pardo y Buscaglia, 2010, 2013), nos proponemos indagar, en el discurso de personas que padecen delirios, el modo en que valoran sus emociones y puntos de vista.

“El aplanamiento afectivo (tal como se lo entiende en psicología y psiquiatría) consiste en la imposibilidad de la persona de reaccionar ante los objetos, situaciones y personas. Se manifiesta como una total indiferencia hacia todo lo que lo rodea” (Taylor, 2003: 333). Quienes la padecen, presentan incapacidad afectiva y, por lo tanto, incapacidad de expresar las emociones verbalmente.

Mediante el análisis lingüístico de estos discursos, a partir de la teoría de la valoración (Iedema et al, 1994; Martin y White, 2005), cuestionamos que cuando la psiquiatría incluye el discurso, en sus descripciones sintomatológicas, ya sea en su aspecto exaltado, en lo que denomina síntomas positivos de la psicosis, o en su contraparte, la pobreza o falta de discurso en lo que denomina síntomas negativos, lo hace produciendo una división a partir de la presentación fenomenológica de esos síntomas, pero no toma en cuenta que el discurso (lenguaje en uso) es un componente más macro que queda fuera de esta división, que va mucho más allá, la traspasa. O podríamos decir que abarca la totalidad del fenómeno.

O sea que en el *continuum* de los trastornos psicóticos existe un componente emocional, afectivo, corporal, volitivo pero el componente discursivo sería independiente de que los síntomas sean positivos o negativos. Por lo que no se pueden utilizar las mismas herramientas para evaluar los componentes mencionados y el discurso. No se puede sostener que quien tiene aplanamiento afectivo tenga necesariamente “aplanamiento discursivo”. Cantidad de palabras no es calidad de discurso.

Respecto de la teoría de la valoración solo haremos hincapié en el componente “Actitud”. Este da cuenta de tres aspectos: afecto, juicio y apreciación (White, 2004).

El marco teórico es el del Análisis Crítico del Discurso, especialmente en su vertiente latinoamericana (Pardo Abril, 2008; de Melo Resende, 2010; García da Silva y Pardo Abril, 2010; Pardo, 2011) y la metodología es cualitativa. El corpus está conformado por 20 historias de vida de personas que viven en la calle en situación de indigencia y que presentaban delirios, tanto en la ciudad de Buenos Aires como en Santiago de Chile, además de cerca de 15 sesiones de terapia de pacientes

diagnosticados como psicóticos. Todos ellos han dado su consentimiento para ser analizados.

Algunas aclaraciones teóricas antes del análisis

En el *continuum* de los trastornos psicóticos, el grado máximo del espectro en cuanto a la gravedad es la esquizofrenia. Este grupo de psicosis puede tener un curso agudo o crónico, mayor o menor deterioro, pero la característica fundamental es que no presenta *restitutio ad integrum*. De manera muy sintética, pues excedería los límites de este trabajo, los síntomas de la esquizofrenia se dividen en positivos y negativos. Los positivos conforman la manifestación más característica y florida de la enfermedad, como los delirios y las alucinaciones. Los síntomas negativos son el aplanamiento afectivo, la alogia y la abulia. Los primeros son transitorios, los últimos son crónicos y manifiestan mayor deterioro y, en consecuencia, peor pronóstico. En realidad, si bien esta enfermedad es tan vieja como el hombre (Crow 1997, 2000) su conceptualización tiene poco más de cien años, lo que nos demuestra que se trata de un trastorno difícil de abordar y de analizar¹.

Sobre el aplanamiento afectivo

Como mencionamos más arriba, los síntomas negativos se basan en un trípode de sustentación conformado por el aplanamiento afectivo, la alogia y la abulia. Nos detendremos en el primero. El aplanamiento afectivo consiste en la imposibilidad del Sujeto de “reaccionar afectivamente a los objetos, situaciones o personas. Se manifiesta como una total indiferencia hacia todo lo que lo rodea... Quien sufre de aplanamiento afectivo no se deprime, ni se enoja, ni se alegra, simplemente recibe las sensaciones” (Hikal, 2011, p. 216). Es decir, se encuentra inhibida la capacidad del sujeto de interpretar valorativamente los estímulos del entorno. En otras palabras, “quien padece de aplanamiento afectivo no valora los estímulos, ni como buenos ni como malos.”

El aplanamiento afectivo se caracteriza por “la inmovilidad y falta de respuesta en la expresión facial del Sujeto, el contacto visual pobre y la reducción del lenguaje corporal”. Los otros dos componentes de esta tríada son la abulia, falta total de voluntad para llevar adelante la vida, y la alogia, que “se manifiesta por las réplicas breves, lacónicas y vacías, con poca fluidez y productividad del habla”. Es algo distinto de la falta de ganas de hablar (Hikal, 2011, p.216).

La diferencia entre los síntomas negativos y los síntomas depresivos es que estos últimos (sujetos) “experimentan un estado de ánimo

intensamente penoso mientras que los Sujetos con esquizofrenia tienen una afectividad pobre o vacío afectivo” (Hikal, 2011, p.217).

Sobre las teorías y métodos lingüísticos

Dentro de la teoría de la valoración, reconocemos 3 sistemas: el de compromiso, actitud y gradación cada uno con sus subsistemas y componentes, tal como puede observarse en la Tabla 1.

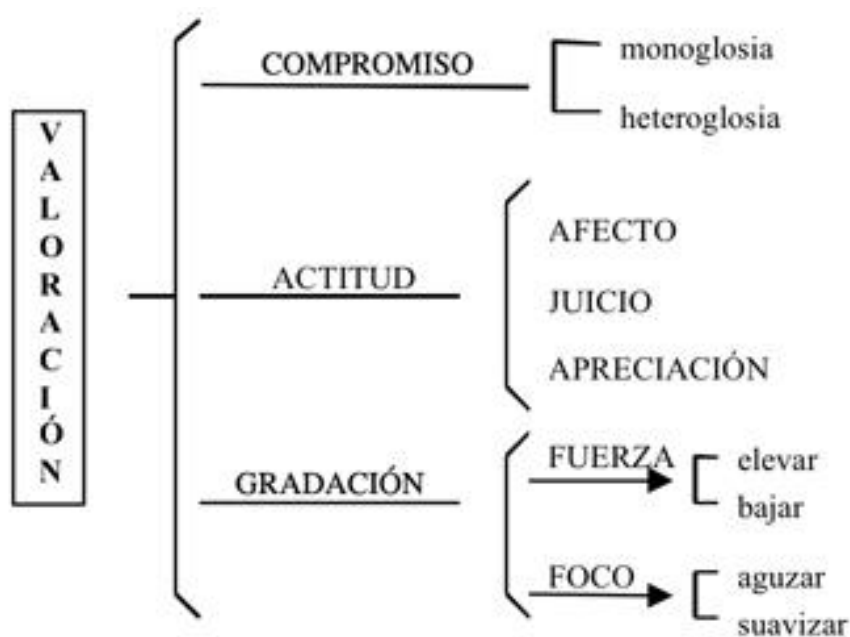


Tabla 1. La teoría de la valoración con sus tres sistemas y los componentes de cada uno de ellos (Martin & White, 2005, p. 38).

Tomaremos para nuestro análisis el sistema de actitud con sus tres subsistemas: afecto, juicio y apreciación.

El sistema de actitud

El sistema de actitud refiere a los conceptos mediante los que los hablantes, a partir de sus discursos escritos u orales, atribuyen un valor o una evaluación a otros actores, procesos u objetos con los que se vinculan positiva o negativamente.

El sistema de actitud, que es el que nos interesa aquí, se compone de tres subsistemas:

- *Afecto*: en el que el hablante evalúa a otros actores en relación con la emoción.
- *Juicio*: en el que el hablante evalúa el comportamiento humano en relación con las normas sociales.
- *Apreciación*: la evaluación de objetos y productos en relación con principios estéticos y otros sistemas de valor social.

Actitud y afecto

El sistema de actitud, en lo que refiere al afecto, está vinculado con la respuesta emocional y con la disposición e implica valoraciones positivas o negativas. Se realiza mediante:

- procesos mentales de reacción (*esto me gusta; odio ir al colegio, amo estar con vos, etc.*) y
- relacionales atributivos de afecto (*estoy amargada; soy feliz; adora a sus hijos, tienen miedo de salir, él quiere a sus nietos*).

Estas evaluaciones pueden realizarse también como nombres (*su odio era inmenso; el temor se veía en su rostro; era puro amor*).

Actitud-juicio

El subsistema juicio refiere a conceptos que sirven para evaluar positiva o negativamente a una persona en relación con un conjunto de normas institucionalizadas.

Puede hacerse una valoración mediante:

- Adverbios: *alegremente, honestamente, prejuiciosamente, tontamente, valiosamente.*
- Atributos: *una persona insobornable, no seas tan malo, él es intratable, una actitud muy humilde, un comportamiento tan humano, él es corrupto.*
- Nombres: *un héroe, un dios, un excéntrico, un dictador, un experto, un perverso.*
- Verbos: *ganar, perder, ser avaro, engañar, molestar, privar, maltratar, acobardarse.*

Actitud-apreciación

A la inversa de lo que sucede con el juicio, se denomina apreciación a las evaluaciones de productos y procesos y no a las personas, aunque cuando son consideradas como entidades, sí pueden ser apreciadas (*un hombre musculoso*). Pueden “apreciarse” planes sociales, políticas de estado, objetos naturales, etc., especialmente desde un punto de vista que refiere a lo estético.

Estas apreciaciones pueden centrarse en las cualidades que componen al objeto bajo evaluación: *Es una casa proporcionada; es un camino sinuoso; es una obra meticulosa; una calle barrota*.

O pueden centrarse en la reacción estética que provoca el objeto bajo evaluación: *es una estatua maravillosa; fue una charla aburrida; fue un discurso irritante; es un cuadro esplendoroso*.

Análisis lingüístico-psicoanalítico

Casos con aplanamiento discursivo

Uno de los casos emblemáticos de lo que nos proponemos mostrar es el de ON, un hombre de 54 años, al momento de la historia de vida, que vive en la indigencia. Su discurso es muy narrativo, pero muestra un delirio “muy florido”, tal como se lo denomina en psiquiatría, esto es con un gran volumen de habla. Sin embargo, evidencia un gran deterioro comunicativo ya que prácticamente se trata de un monólogo (no hay casi interacción con la entrevistadora). No hay justificaciones de sus aseveraciones ya que la certeza y fijeza de sus creencias falsas es muy extrema, no acepta dudas, ni comentarios, el uso de su deixis es completamente no referencial o mejor dicho es neutra, por lo que se torna en un discurso totalmente ambiguo. En cuanto a la valoración, el atributo es el que le merece Cantinflas, al que se refiere como “este muchacho tan conocido”, pero solo con el fin de que su entrevistadora ubique quién es. Si bien para la psiquiatría tradicional se trata de un sujeto sin aplanamiento afectivo ni alogia por su verbosidad, para nosotras presenta un aplanamiento discursivo, en tanto más allá de la cantidad de palabras, no logra expresar sus emociones, sus valoraciones o sus afectos.

ON, hombre 54 años, persona en situación de calle, sin medicar, delirio megalómano.

“Mirá, no me acuerdo porque pasaron tantas...fueron tantas películas--- Sinatra...Me permití el gusto de conducirlo en un programa en un hotel allá que ahora no me acuerdo, ¿cómo se llama? Tuve la suerte de decir, bueno, de trabajar

en México con...este muchacho tan conocido... ¿cómo se llama? Espérate...a Mario Moreno Cantinflas.”

Otro caso semejante es el de PL, otro sujeto en situación de indigencia, sin medicar y con un delirio persecutorio.

PL: 1[AMIA. La embajada de Israel, todo eso. Ya está aclarado, ¿entendés]?

E: Pero qué ¿te culpaban a vos de eso?

PL:2 [me querían hacer cargo a mí]

E: ¿De lo que había pasado en la AMIA?

PL:3 [Claro, y yo lo descubrí.]

E: ¿Y por qué te querían hacer cargo a vos?

PL: 4[Y bueno, ahí, ahí está...hecha la ley, hecha la trampa, chiquita, es como todo.] 5[A parte a raíz de, a raíz de...aparte más allá de...bueno, ahí tenés una base.] 6[Bueno, pero...una base va de acuerdo a la, ¿cómo es?] 7[A informes propios, ¿entendés? Que sin beberla ni comerla yo tenía.]

En el ejemplo no se ven manifestaciones de afecto, juicio o apreciación. Sí, puede observarse un uso marcado de la primera persona que actúa reforzando (ver negritas). Las primeras palabras en negrita “me” y “a mí”, refuerzan su propia imagen como centro de la escena de la persecución. El “a mí”, además, está en posición focal, a final de emisión, con lo que se encuentra doblemente reforzado.

El “yo” de la emisión 3 de PL, se encuentra reforzado porque aparece como un sujeto expreso frente al uso posible de la primera persona solo en la flexión verbal. Por último, en la emisión 7 de PL, si bien el “yo” expreso se encuentra antes que el verbo, en un orden de palabras no marcado, en este caso se encuentra al final de la emisión en posición focal y, por lo tanto, más reforzado. Este uso de reforzadores no está ligado a la expresión de sus emociones, sino que resalta su certeza delirante.

Tenemos, nuevamente, entonces, un discurso muy florido, es decir, síntomas positivos, pero un aplanamiento discursivo.

Casos sin aplanamiento discursivo

En esta ocasión, veremos el caso de una joven que padece de una esquizofrenia hebefrénica internada en una clínica privada, en tratamiento psicofarmacológico, con un gran deterioro comunicativo y cognitivo pero que puede manifestar sus emociones, contrariamente a lo que observamos en los ejemplos anteriores.

SD: mujer, 23 años, internada en un nosocomio privado, diagnóstico: esquizofrenia² hebefrénica³.

A pesar de su diagnóstico grave y de su estado, SD mantiene su estructura argumental. “Contrariamente a lo que se sostiene en psiquiatría su lenguaje no se vuelve más infantil (a causa de su literalidad, supuesta creación de neologismos, desestructuración), ya que mientras los niños construyen un andamiaje completamente nuevo en su habla, en estos pacientes puede observarse el esqueleto, las ruinas de una lengua que se construyó y va derrumbándose lentamente. En el niño estos rasgos lingüísticos que implican el argumentar aún no aparecen en la superficie de su habla, mientras que en estos pacientes puede reponerse lo que falta a partir de esos espacios que conservan relaciones con los otros ítems léxicos, de tal modo, que pueden verse las otras voces y su fin comunicativo” (Pardo, 2010). Del mismo modo, SD es capaz de expresar sus sentimientos, sus preocupaciones, su dolor, aún con tanto deterioro.

[se lo suplico, jamah electroshock, cosa por el estilo, me perjudicaría mi síntoma yo soy y sigo sana con una pena en el alma, un llanto, una tristeza, una nostalgia en el poli, de permanecer, de empezar todos los días semejante rutina en el poli, uy gente cucú de repente, gente agresiva, los doctores con suhhhh jeringa, su camisah de fuerza, camisah de fortaleza, camisa de forze, camisah de forze alterado, de repente a mí me provoca pánico y usted a los pacientes le ceden igual siempre y a mí que les digo las vacaciones es las vacaciones es injusto, los remedios, total seguiré en casa.

Vemos dentro del sistema de actitud, que el afecto se expresa de diferentes maneras: a través de procesos mentales de reacción: “yo soy y sigo siendo sana”; “a mí me provoca pánico”, o con relacionales atributivos de afecto: “con una pena en el alma”, “un llanto”, “una tristeza”, o con juicio, también con atributos: “gente cucú”; “gente agresiva”; “los doctores con suhhhh jeringa”, “su camisah de fuerza”, “camisah de fortaleza”, “camisa de forze”, “camisah de forze alterado”, “es injusto”; y dentro de este componente mediante el uso de adverbios: “jamah”, “siempre”.

SD expresa sus emociones a partir de objetos negativos, traduce la violencia en la que vive en objetos. Pareciera producirse un corrimiento de las acciones a una objetivación: no es el pinchar, es el médico con la jeringa, no es el que la encierran y el dolor de colocarle un chaleco de fuerza, es la camisa de fuerza en sí misma. Pero dentro de esta objetivación se encuentra el dolor reconocido, el saber que esto es algo recurrente, institucionalizado, que ella recibe como objetos que caen sobre sí.

Todos estos elementos muestran cómo SD valora y expresa sus emociones mediante diferentes recursos, lo que a pesar de sus síntomas negativos, muestra que su aplanamiento discursivo no se correlaciona con esto último.

Otro caso es el de AF, una mujer de 33 años, con educación universitaria, en tratamiento psicoterapéutico y psicofarmacológico, con

diagnóstico de psicosis. AF se autodefine mediante una metáfora: la del sapo. La metáfora de las manchas propias del sapo, que se observan en el ejemplo, no refiere a la edad o al envejecimiento sino que metaforiza la condena de tener que vivir con esta enfermedad que la hace odiarse de tal manera que ya tiene varios intentos de suicidio. Sin embargo, AF a pesar del deterioro que manifiesta no padece de un aplanamiento discursivo, por lo que expresa sus sentimientos con bastante claridad:

*Cuando empecé a **deformarme**. A lo **bestia** contestaba. Soy un **sapo**...tan **repelente**, tan **repulsiva**, que tan, tan, tan, **repulsiva** que la muerte es lo único que puede liberarme*

*El pánico de ver que soy **una masa**, **una masa** así, ¿no? ...Hasta que llegue un momento en que ya **mi rostro esté lleno de marcas**...Estoy condenada **a las marcas**, **estar marcada***

*Siempre fui así **un monstruo**...Estoy condenada a llevar **una vida de sapo**, a **ir saltando**, **repeliendo a todos y a mí misma**.*

En cuanto a la actitud, se realiza mediante apreciaciones negativas (*empecé a deformarme; soy un sapo; soy una masa; soy una masa así, estoy condenada, (estoy condenada a llevar) una vida de sapo, (estoy condenada) a ir saltando, (estoy condenada a ir) repeliendo a todos y a mí misma*), mediante nombres (*El pánico de ver que soy una masa*).

Esta apreciación del sapo se corresponde con la visión cultural que existe sobre este. El sapo es, como ella misma lo refiere, lo feo, lo repulsivo, lo deforme y con quien ella se identifica. Esta identificación le permite mostrar su afecto negativo hacia sí y también sentirse observada y valorada por los otros del mismo modo a partir de que ella ya no es ella sino el sapo. En él concentra toda su vida afectiva.

En cuanto al juicio, no se observan recursos de este tipo. Observamos, entonces, cómo AF independientemente de su deterioro, mantiene aún la posibilidad de expresar sus emociones y afectos.

Conclusiones

Siguiendo con nuestra línea de trabajo en la que coincidimos con la teoría de Crow (1997; 2001) en cuanto a que la psicosis es una enfermedad del lenguaje y exclusiva del hombre, jerarquizamos el estudio del discurso como un componente independiente de las manifestaciones afectivas, emocionales, conductuales. Pero sin dejar de lado, que es a través del discurso que el sujeto expresa, en mayor proporción, estas manifestaciones (otras formas de expresión son los gestos faciales y corporales, la falta o exaltación del movimiento, la falta de interés vital, etc.).

A pesar de que desde los comienzos mismos del concepto de esquizofrenia hasta la actualidad, donde sus síntomas se dividen en positivos y negativos y el aplanamiento afectivo ha sido descrito como un signo de grave deterioro en dicha enfermedad, consideramos que el discurso va más allá de este conjunto sindromático y se manifiesta independientemente de que el sujeto tenga prevalencia de síntomas positivos y/o negativos. Es decir, esta división no es a expensas del discurso, no importa si es más elocuente, verborrágico, expresivo en un sujeto delirante con sintomatología positiva o pobre, aprosódico, casi ausente, que en un sujeto con el deterioro típico de la sintomatología negativa. El discurso abarca todos los estados y todos los síntomas, ya que es a través de este que el sujeto puede expresar, con poca, mucha o ninguna claridad, su padecimiento. No estamos de acuerdo con la asociación que ha existido siempre entre aplanamiento afectivo y un discurso pobre o su falta.

Hemos visto en los ejemplos que un discurso florido no está a salvo de un aplanamiento afectivo, como así tampoco, un discurso con gran deterioro implica necesariamente un aplanamiento de las emociones. Es por esta razón, que diferenciamos el aplanamiento afectivo de lo que podríamos denominar el aplanamiento discursivo.

Como decíamos más arriba, aplanamiento afectivo no implica aplanamiento discursivo.

Notas

¹ En 1893 Emil Krepelin introdujo en su texto de psiquiatría una entidad diagnóstica a la que denominó Demencia Precoz, porque consideraba que era un cuadro demencial de aparición temprana, y por tanto de pésimo pronóstico. En 1911, Joseph Bleuler, basándose en sus observaciones clínicas, introduce el término Esquizofrenia (mente escindida) para reemplazar el anterior, ya que consideraba que en la mayoría de los casos su aparición no es temprana y que no siempre su evolución implica un deterioro tan grave. Su descripción sintomatológica está resumida en lo que se conoce como las 4 A de Bleuler, alteraciones de la Afectividad, las Asociaciones, Ambivalencia afectiva y Autismo.

² En la denominación psiquiátrica y psicoanalítica el concepto genérico es el de psicosis y la especie dentro de este género es la esquizofrenia.

³ La forma hebefrénica de la esquizofrenia o enfermedad de Hecker es una psicosis postpuberal, caracterizada por el puerilismo, la pasividad, un comportamiento muy inadecuado y una acentuada disgregación de la personalidad.

Referencias

Bleuler, J. (1993 [1911]). *Demencia Precoz. El grupo de las esquizofrenias*. Buenos Aires: Lúmen-Hormé.

- Crow, T. J.** (1997). Is schizophrenia the price that Homo sapiens pays for language? *Schizophrenia Research* 28, pp. 127-141.
- Crow, T. J.** (2000). Schizophrenia as the price that Homo sapiens pays for language: a resolution of central paradox in the origin of the species. *Brain Research Reviews* 31, pp. 118-129.
- Garcia da Silva, D. y N.G. Pardo Abril.** (2010). Miradas cruzadas hacia la pobreza desde una perspectiva crítica transdisciplinaria, en: *Cadernos de Linguagem e Sociedade*, 11 (1), 2010, pp 66-90.
- Hikal, W.** (2011). *Glosario de Criminología y Criminalística*. México: Flores Editor y Distribuidor.
- Iedema, R., S. Feez y P.R.R. White.** (1994). *Media Literacy*, Sydney: Disadvantaged Schools Program, NSW Department of School Education.
- Martin, J. y P.R.R. White.** (2005). *The Language of Evaluation, Appraisal in English*. London: Palgrave Macmillan.
- de Melo Resende, V.** (2010). A crise do Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua no Brasil e o protagonismo juvenil: uma crítica explanatória con base em análise discursiva, en. Montecino, (ed.). 2010. *Discurso, pobreza y exclusión en América Latina*. Santiago de Chile: Cuarto propio, p. 349-364.
- Pardo Abril, N.** (2008). *¿Qué nos dicen? ¿Qué vemos? ¿Qué es pobreza? Análisis crítico de los medios*. Bogotá: Antiquus Editores.
- Pardo, M.L.** (2010). La teoría de la tonalización y la de valoración: dos visiones complementarias, en: *Cadernos de Linguagem e Sociedade*, 11 (1), pp.113-127.
- Pardo, M.L.** (2011). *Teoría y metodología lingüística. Método sincrónico-diacrónico de análisis lingüístico de textos*. Buenos Aires: Tersites.
- Pardo, M.L. and V. Buscaglia.** (2010). 'Delirio, pobreza y televisión: análisis del discurso y psicoanálisis.' In M.J. Coraccini (eds.). *Identidades silenciadas e (In)visíveis: entre a inclusão e a exclusão (identidade, mídia, pobreza, situação de rua, mudança social, formação de professores)*, Campinas: Editorial Pontes.
- Pardo, M.L. y V. Buscaglia.** (2013). *Lingüística y psiquiatría*. Buenos Aires: Tersites.
- Taylor, A.** (2003). *Introducción a la psicología*. Prentice Hall: Pearson Educación.
- White, P.** (2004). "The language of attitude, arguability and interpersonal positioning". <http://www.grammatics.com/appraisal/index.html> (21-3-2013)

Notas biográficas



Laura Pardo es doctora en Letras por la Universidad de Buenos Aires, Argentina. Directora del Departamento de Lingüística del Centro de Investigaciones en Antropología Filosófica y Cultural (CIAFIC) perteneciente al CONICET, e investigadora del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas (CONICET). Es profesora a cargo de la materia *Análisis de los lenguajes masivos de comunicación* de la Facultad de Letras de la Universidad de Buenos Aires. Directora del proyecto UBACYT *El rol del discurso en el cambio social. Tres problemáticas fundamentales para las familias que viven en situación de pobreza urbana en América Latina*. Facultad de Filosofía y Letras. Universidad de Buenos Aires. Coordinadora de la línea de investigación en discurso de pobreza y medios del proyecto de investigación, desarrollo, innovación y creación artística de la DIB: *Análisis crítico del discurso Multimodal - representaciones mediáticas de la pobreza en Youtube*. Código 12053. Universidad Nacional de Colombia. Es Miembro Asociado del *Language Research Center* de la Universidad de Swansea. Es miembro fundador de la *Red Latinoamericana de Estudios del Discurso de la Pobreza (REDLAD)*.

E-mail: pardo.linguistica@gmail.com



Virginia Buscaglia es médica especialista en psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires y psicoanalista. Es miembro del CIAFIC-CONICET e investiga en el área de Salud Mental y discurso. Fue la creadora de ECOSOR — equipo para la comunidad sorda — el primer equipo de atención psiquiátrica, psicológica en el Departamento de Psicopatología y Salud Mental del Hospital Teodoro Álvarez. Desde el 2006, su investigación se centra en el discurso de personas psicóticas en situación de pobreza. Es miembro investigador del proyecto UBACYT *El rol del discurso en el cambio social. Tres problemáticas fundamentales para las familias que viven en situación de pobreza urbana en América Latina*. Facultad de Filosofía y Letras. Universidad de Buenos Aires. Es miembro de la *Red Latinoamericana de Análisis del Discurso de la Pobreza*, regional Argentina. Actualmente es coautora del libro *Lingüística y Psiquiatría* de próxima aparición.

E-mail: ybuscaglia02@yahoo.com.ar