

# ESTUDIOS DE LINGÜÍSTICA CLÍNICA

---

VOLUMEN 5

## APLICACIONES CLÍNICAS

Beatriz Gallardo Paúls  
Verónica Moreno Campos  
(editoras)



***Estudios de Lingüística Clínica, V:  
Aplicaciones clínicas***

*Edición de:*

Beatriz Gallardo Paúls  
Verónica Moreno Campos

Departament de Teoria dels Llenguatges

VNIVERSITAT  
B VALÈNCIA

Valencia, 2010

---



***Estudios de Lingüística Clínica, V:  
Aplicaciones Clínicas***

*Edición de:*

Beatriz Gallardo Paúls  
Verónica Moreno Campos

Departament de Teoria dels Llenguatges

VNIVERSITAT  
D VALÈNCIA

Valencia, 2010

---

Esta publicación ha sido realizada en el marco de los proyectos de investigación *Protocolo de análisis pragmasintáctico en afasias. Un estudio de corpus oral* (HUM2007-66074-C02-02) y *Coherencia, cohesión y pragmática textual en situaciones de déficit lingüístico* (FFI2008-02592/FILO), ambos del Ministerio de Ciencia e Innovación.

Los textos de esta publicación han superado un proceso de evaluación externo por pares.

*Comité científico:* Eliseo Díez-Itza (Univ. Oviedo). Milagros Fernández Pérez (Univ. Santiago de Compostela). Joaquín García-Medall (Univ. Valladolid). Carlos Hernández Sacristán (Univ. Valencia). Sonia Madrid Cánovas (Univ. Murcia). Victoria Marrero (UNED). M<sup>a</sup> Isabel Vilariño Vilariño (Univ. Da Coruña).

Estudios de Lingüística Clínica, V: Aplicaciones Clínicas

© Los autores, 2010.

Imprime: Guada Impresores

ISBN: 978-84-370-7692-8

Depósito legal: V-1242-2010

## ÍNDICE

CIF. Clasificación Internacional Funcional: Revisión en clave logopédica. <i>Araceli Aldea Jiménez, Estíbaliz Terradillos Azpiroz y Elisa Terriza Reguillos</i> .....	7
Lenguaje espontáneo en el trabajo logopédico: un sencillo ideal y un producto interaccional, <i>Félix Díaz Martínez</i> .....	29
Programa de investigación sobre pragmática y hemisferio derecho, <i>Beatriz Gallardo Paúls</i> .....	49
Cómo generar una teoría a partir de datos narrativos: El caso de la convivencia de niños y enfermos de Alzheimer, <i>Xosé Ramón García Soto y Miguel Goñi Imízcoz</i> .....	79
La comprensión del lenguaje: La producción de inferencias en la mente y en el cerebro, <i>José A. León e Inmaculada Escudero</i> .....	95
El discurso como síntoma, criterio de pronóstico y elemento terapéutico, <i>María Márquez Guerrero</i> .....	117
Relaciones entre investigación en lenguaje y práctica de la intervención, <i>Marc Monfort</i> .....	147
Pragmática clínica y análisis cuantitativo, <i>Verónica Moreno Campos</i> .....	163
Los marcadores explicativos en edad temprana: usos y etapas evolutivas de “porque” en el corpus koiné, <i>Gabriela Prego Vázquez</i> .....	179

Análisis discursivo de los textos narrativos en el adulto mayor con queja de memoria, <i>Henry Rumbos y Beatriz Valles González</i> .....	203
Alteraciones de la comunicación en la enfermedad de Parkinson, <i>M<sup>a</sup> Isabel Vilariño Vilariño</i> .....	223



## ***CIF. Clasificación Internacional Funcional: Revisión en clave logopédica***

*Araceli Aldea Jiménez, Estíbaliz Terradillos Azpiroz, Elisa Terriza Reguillos*

*Centro de tratamiento de la lesión cerebral Lescer, Madrid.  
Departamento de Logopedia.*

### ***1. La CIF. Introducción***

La *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud* constituye una revisión de la *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM)* publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1980. La CIF fue aprobada para su uso en mayo de 2001 tras estudios de campo sistemáticos y consultas internacionales a lo largo de varios años.

La CIF pertenece a la “familia” de clasificaciones internacionales desarrolladas por la OMS (2001), que pueden ser aplicadas a varios aspectos de la salud. Esta familia de clasificaciones proporciona el marco conceptual para codificar un amplio rango de información relacionada con la salud, y emplea un lenguaje estandarizado y unificado que posibilita la comunicación sobre la salud y la atención sanitaria entre diferentes disciplinas y ciencias en todo el mundo.

La CIF ha sido diseñada para ser utilizada en varias disciplinas (Bilbao *et al.* 2003; Threats 2006). En nuestro caso encaja perfectamente en el enfoque transdisciplinar de tratamiento del Centro Lescer, compuesto por diferentes áreas o disciplinas (fisioterapia, terapia ocupacional, logopedia, neuropsicología, psicología clínica, medicina) que aportan sus conocimientos para identificar de forma global los “componentes de salud” de la persona. Así mismo, incluye una lista de factores ambientales que describen el contexto en el que vive el individuo para posibilitar el estudio de cómo influye este contexto en el estado de la salud

*Araceli Aldea, Estíbaliz Terradillos y Elisa Terriza Reguillos. La CIF: revisión en clave logopédica*

(Schneidert, Hurst, Miller y Üstün 2003; Stucki, Ewert y Alarcos 2003). Dado que la CIF proporciona una descripción de situaciones relacionadas con el funcionamiento humano y sus restricciones, sirve como marco de referencia para organizar esta información. Estructura la información de un modo significativo, interrelacionado y fácilmente accesible.

Respecto a su alcance internacional y nacional, cabe decir que la CIF ha sido aceptada como una de las clasificaciones sociales de las *Naciones Unidas* e incorpora *Las Normas Uniformes para la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad*. La CIF nos brinda un instrumento apropiado para implementar los mandatos internacionales sobre los derechos humanos, así como las legislaciones nacionales (Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia).

La CIF ofrece un marco de referencia conceptual para la información que es aplicable a la atención médica personal, incluyendo la prevención, la promoción de la salud y la mejora de la participación, eliminando o mitigando los obstáculos sociales y promoviendo el desarrollo de soportes sociales y elementos facilitadores. También es relevante para el estudio de los sistemas de atención a la salud, tanto para la formulación como para la evaluación de políticas.

El Centro Lescer ha comenzado a implantar el uso de la CIF dentro de sus líneas de actuación, ya que consideramos necesaria una clasificación que esté respaldada a nivel mundial y que sirva como herramienta para valorar la situación inicial de los pacientes, su evolución y establecer criterios de cambio de fases en el proceso rehabilitador del daño cerebral. Dentro de este proyecto se están aplicando escalas estandarizadas existentes en la actualidad y de uso extendido por todo el mundo que se correspondan con los ítems de la CIF, para establecer un baremo o calificación más objetivo.

## **2. Aplicaciones de la CIF**

Por todo lo expuesto anteriormente, la CIF se aplica con distintos fines:

### **1. Establecimiento de objetivos funcionales del paciente**

En la práctica diaria en el centro de neurorrehabilitación, la CIF puede ayudar a cada una de las áreas que trabajan con el paciente a clasificar los componentes motores y cognitivos que se encuentran alterados (funciones y estructuras corporales) y los problemas funcionales que derivan de esa alteración (actividades y participación). Así mismo, clasifica las características del entorno de la persona que están influyendo de forma positiva o negativa en su independencia (factores ambientales). Una vez identificados estos parámetros, será nuestra labor y la de todo el equipo de rehabilitación establecer las relaciones entre los distintos problemas, las prioridades de intervención y las técnicas que se van a aplicar en cada caso (Ardila 2006; Castejón *et al.* 2005; Castejón *et al.* 2006; Fernández-Zúñiga 2008). La CIF es, por lo tanto, una herramienta útil en el establecimiento de objetivos funcionales en pacientes con DCA.

### **2. Herramienta clínica**

La CIF proporciona una descripción de situaciones relacionadas con el funcionamiento humano y sus restricciones, y sirve como marco de referencia para organizar esta información. Estructura la información de un modo significativo, interrelacionado y fácilmente accesible. Dicha información debe estar respaldada por el uso de escalas de valoración objetivas y estandarizadas que definan la magnitud o severidad del problema, ya que la CIF no especifica qué circunstancias están relacionadas con cada grado de severidad del problema.

Por ello en el Centro Lescer estamos realizando la equivalencia de puntuaciones entre test estandarizados de uso común en población con DCA y la escala que establece la CIF, que varía de 0 a 4 dependiendo del grado de severidad (0 ninguna - 1 ligera - 2 moderada - 3 grave - 4 afectación completa).

Ello permite, por un lado, la comparación real de la situación inicial del paciente y su evolución, y por otro, la homogeneización de tratamientos en el campo del daño cerebral adquirido (*terapia basada en la evidencia*).

### **3. Herramienta de investigación**

La CIF proporciona un esquema de codificación sistematizado para ser aplicado en los sistemas de información sanitaria, en la recogida y registro de datos. El código que va asociado a cada situación de salud del paciente permite una recogida de datos que podrá ser fácilmente interpretada a través de un programa de análisis estadístico, lo que posibilita:

- El análisis estadístico de las secuelas a largo plazo de los pacientes, relacionadas con parámetros como la zona lesionada, la edad, el entorno, etc.
- La investigación sobre la relación entre las áreas del cerebro lesionadas y sus déficits motores, cognitivos y de independencia en la vida diaria.
- La investigación sobre las técnicas de tratamiento más eficaces en el abordaje de los problemas del paciente.
- La investigación sobre los tiempos óptimos de tratamiento en las fases aguda y crónica del paciente.

### **4. Herramienta de política social y educativa**

En cuarto lugar, cabe señalar que la información recogida mediante la CIF servirá como datos objetivos para la planificación de sistemas de seguridad social y sistemas de compensación, así como para diseñar e implementar políticas sanitarias y protocolos de actuación en el DCA. Así mismo, también se pueden utilizar los datos recogidos para aumentar la toma de conciencia de la sociedad del problema que ocasiona el DCA y poner en marcha actividades sociales y de reintegración.

### **3. Objetivos de la CIF**

Los objetivos específicos de la CIF son:

- Proporcionar una base científica para la comprensión y el estudio de la salud y los estados relacionados con ella, los resultados y los determinantes.
- Establecer un lenguaje común para describir la salud y los estados relacionados con ella, para mejorar la

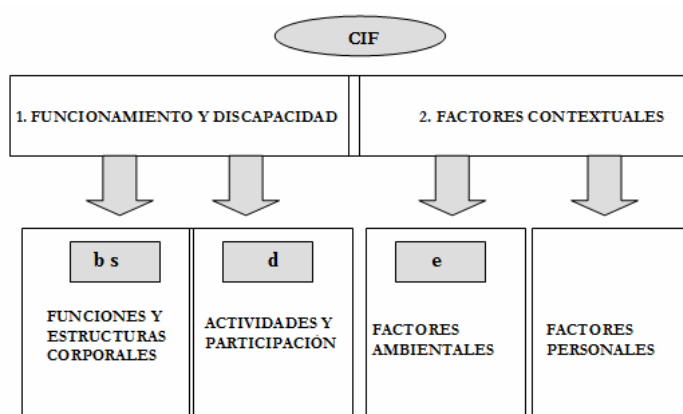
*Araceli Aldea, Estíbaliz Terradillos y Elisa Terriza Reguillos. La CIF:  
revisión en clave logopédica*

comunicación entre distintos usuarios, tales como profesionales de la salud, investigadores, diseñadores de políticas sanitarias y la población general, incluyendo a las personas con discapacidades.

- Permitir la comparación de datos entre países, entre disciplinas sanitarias, entre los servicios, y en diferentes momentos a lo largo del tiempo.
- Proporcionar un esquema de codificación sistematizado para ser aplicado en los sistemas de información sanitaria.

Estos objetivos están relacionados entre sí, ya que la necesidad y el uso de la CIF requiere la construcción de un sistema relevante y útil que pueda aplicarse en distintos ámbitos, como son la política sanitaria, la evaluación de la calidad asistencial así como la evaluación de consecuencias en diferentes culturas.

Puesto que la CIF integra los modelos médico y social (como explicaremos más adelante), supondría la herramienta idónea para el paso de pacientes de la fase aguda (sanitaria, de cuidados médicos y rehabilitadores) a la fase crónica de atención social, con criterios objetivos establecidos que ya existen en otros países pero no en España.



Atendiendo a la estructura de la clasificación, la información se organiza en dos partes: la parte 1 versa sobre Funcionamiento y Discapacidad, y la parte 2 sobre Factores Contextuales.

#### 1. Componentes de Funcionamiento y Discapacidad:

- El componente Cuerpo consta de dos clasificaciones, una para las funciones de los sistemas corporales y otra para las estructuras del cuerpo.
  - Las Funciones Corporales son las funciones fisiológicas de los sistemas corporales (incluyendo funciones psicológicas, mentales).
  - Las Estructuras Corporales son las partes anatómicas del cuerpo, tales como los órganos, las extremidades y sus componentes. (Figura 1 del Anexo)
- El componente Actividades y Participación cubre el rango completo de dominios que indican aspectos relacionados con el funcionamiento tanto desde una perspectiva individual como social. Cubre por lo tanto todo el rango de áreas vitales (ej. desde el aprendizaje básico o la mera observación, hasta otras áreas más complejas tales como interacciones interpersonales o empleo).

*Araceli Aldea, Estíbaliz Terradillos y Elisa Terriza Reguillos. La CIF: revisión en clave logopédica*

- La Actividad en la realización de una tarea o acción por una persona.
- La Participación es el acto de involucrarse en una situación vital (representa la perspectiva social del funcionamiento). Permite describir lo que los individuos hacen en su ambiente/entorno real (Figura 2 del Anexo).

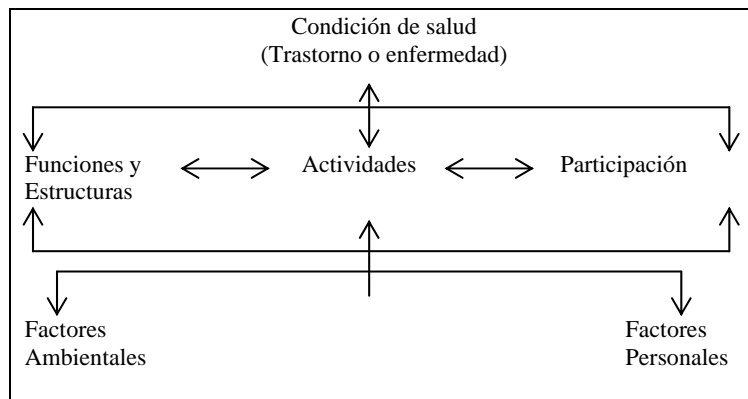
## 2. Componentes de Factores Contextuales:

- Factores ambientales que ejercen efecto en todos los componentes del funcionamiento y la discapacidad y están organizados partiendo del contexto/entorno más inmediato al individuo y llegando hasta el entorno general.
- Los factores ambientales son externos a los individuos y pueden tener una influencia negativa o positiva en el desempeño/realización del individuo como miembro de la sociedad, en la capacidad del individuo o en sus estructuras y funciones corporales (Figura 3 del Anexo).
- Factores Personales, que son un componente de los Factores Contextuales pero no están clasificados en la CIF debido a la gran variabilidad social y cultural asociada con ellos.

Las interacciones entre todos los componentes de la CIF citados son las que se expresan en el diagrama de la página siguiente.

La CIF se basa en la integración de dos modelos conceptuales diferentes que se han utilizado para explicar y entender la discapacidad y el funcionamiento: el modelo médico y el modelo social. Mientras el modelo médico considera la discapacidad como un problema de la persona directamente causado por una enfermedad, trauma o condición de salud, que requiere de cuidados médicos prestados en forma de tratamiento individual por profesionales, el modelo social considera el fenómeno fundamentalmente como un problema de origen social y principalmente como un asunto centrado en la completa integración de las personas en la sociedad.

Araceli Aldea, Estíbaliz Terradillos y Elisa Terriza Reguillos. La CIF:  
revisión en clave logopédica



Con el fin de conseguir la integración de las diferentes dimensiones del funcionamiento, la CIF utiliza un enfoque “biopsico-social”, para proporcionar una visión coherente de las diferentes dimensiones de la salud desde una perspectiva biológica, individual y social.

#### **4. Historia Clínica. Caso R.A.G.**

Presentamos a continuación un caso clínico para mostrar la utilidad de la CIF, y nuestra propuesta de revisión en clave logopédica.

Datos personales:

- Varón, 21 años con estudios primarios, empleado de la construcción.
- Diagnóstico principal: TCE severo el 14 de noviembre de 2003 secundario a accidente de moto.
- Duración del coma: 20 días. Escala Glasgow: 8/15
- TAC craneal: Hematoma subdural izquierdo, contusión cerebral subyacente, múltiples líneas de fractura y neumoencéfalo. Edema cerebral severo.
- Fecha de alta: 25 de febrero de 2004.



El paciente ingresa en el Centro Lescer con una afectación global del lenguaje que dificulta de manera determinante su interacción comunicativa. R.A.G. vivía solo y tras la lesión regresa al domicilio de los padres, precisando ayuda para todas las actividades de la vida diaria.

A pesar de sus déficits, actualmente es independiente en las Actividades de la Vida Diaria (AVD), logrando autonomía en su domicilio bajo supervisión, consiguiendo independizarse y manejarse en interacciones sociales, familiares, amistosas y de servicios (compras, transporte público, etc.). Tras la implantación de la CIF en el centro de rehabilitación, se procede a la aplicación de la misma, que describimos a continuación. Señalamos los rasgos del paciente que muestran algún tipo de dificultad en dos grandes bloques de la evaluación de Funcionamiento y discapacidad:

- dentro de *b funciones corporales*, se incluyen las funciones estrictamente lingüísticas (referidas como “funciones mentales del lenguaje”, b167) y las funciones más vinculadas a los componentes externos/orales del lenguaje (referidas como “funciones de la voz y el habla”, b3);
- dentro del bloque *d actividades y participación*, se incluyen las actividades relativas a lectoescritura (d166, d170), comunicación no verbal (d310-329, d330-d349), intercambio conversacional (d350), argumentación/discusión (d355), la comunicación aumentativa (d360), o relaciones (d).

## **FUNCIONAMIENTO Y DISCAPACIDAD. b Funciones Corporales**

Teniendo en cuenta tanto las funciones y capacidades alteradas en la esfera del lenguaje y la comunicación, como aquellas que están preservadas y/o que son el recurso comunicativo funcional del paciente, se comienza describiendo los ítems que corresponden al bloque de funciones corporales, que vienen designados con la letra b y organizados por capítulos.

### *Capítulo b1. Funciones mentales*

*Araceli Aldea, Estíbaliz Terradillos y Elisa Terriza Reguillos. La CIF:  
revisión en clave logopédica*

En el caso concreto, se detallan únicamente las funciones mentales del lenguaje:

*b167 Funciones mentales del lenguaje*

*b1670 Recepción de lenguaje.*

*167Recepción del lenguaje oral.*

*Recepción del lenguaje escrito.*

*Recepción del lenguaje de signos, como función más preservada en el paciente y por tanto una alternativa en la comunicación.*

*b1671 Expresión de lenguaje.*

*Expresión del lenguaje oral.*

*Expresión del lenguaje escrito.*

*Expresión del lenguaje de signos, como función preservada.*

*b1672 Funciones integradoras del lenguaje, como aquellas que organizan el significado semántico y simbólico, la estructura gramatical y las ideas para la producción de mensajes en lenguaje oral, escrito o de cualquier forma.*

### *Capítulo b3. Funciones de la voz y el habla*

Las funciones de la voz y el habla se encuentran gravemente afectadas debido a la severa afasia y apraxia bucolinguofacial que presenta el paciente. Se muestran clasificadas en funciones de la voz, funciones de la articulación y funciones relacionadas con la fluidez y el ritmo.

*b3 Funciones de la voz y el habla.*

*b310 Funciones de la voz.*

*b3100 Producción de la voz.*

*b3101 Calidad de la voz.*

*b320 Funciones de la articulación.*

*b330 Funciones relacionadas con la fluidez y el ritmo.*

*b3300 Fluidez del habla.*

*b3301 Ritmo del habla.*

*b3302 Velocidad del habla.*

*b3303 Melodía del habla.*

## **FUNCIONAMIENTO Y DISCAPACIDAD. d. Actividades y Participación**

*Capítulo d1. Aprendizaje y aplicación del conocimiento.*

Una vez dada la visión global de las funciones que mantiene el paciente alteradas y/o conservadas, se continúa con el bloque de

*Araceli Aldea, Estíbaliz Terradillos y Elisa Terriza Reguillos. La CIF:  
revisión en clave logopédica*

actividades y participación, ya que estas funciones permitirán o dificultarán la capacidad potencial del paciente para la ejecución de determinadas tareas dentro de un entorno uniforme. Dentro del capítulo *d1 Aprendizaje y aplicación del conocimiento*, cuyos ítems vienen clasificados con la letra d, nuestro paciente tiene alteradas las siguientes actividades:

*d1 Aprendizaje y aplicación del conocimiento.*

*d166 Leer.*

*d170 Escribir.*

### *Capítulo d3. Comunicación*

En este capítulo se desglosan inicialmente los ítems que hacen referencia a la recepción pasando a continuación a la clasificación de la producción. El ítem *d315, comunicación recepción de mensajes no verbales*, se incluye como actividad preservada, que además le sirve de apoyo en la interacción y le permite comprender la información que le ofrece el interlocutor.

*d310-d329 Comunicación-recepción.*

*d310 Comunicación-recepción de mensajes hablados.*

*d315 Comunicación-recepción de mensajes no verbales.*

*d325 Comunicación-recepción de mensajes escritos.*

En producción, el ítem *d330 hablar* se muestra como actividad gravemente alterada, si bien el ítem *d335 producción de mensajes no verbales*, está conservado, siendo así su principal recurso comunicativo. Además de producir palabras aisladas, expresiones formales y automáticas, el paciente hace uso del gesto y el dibujo para comunicarse, capacidades que se han potenciado y desarrollado en la intervención.

*d330- d349 Comunicación - producción.*

*d330 Hablar.*

*d335 Producción de mensajes no verbales.*

*d345 Mensajes escritos.*

Con este análisis podemos valorar su implicación en una situación vital, como puede ser la comunicación con un dependiente del supermercado, un amigo, un familiar, etc. En definitiva, se hará una descripción de las actividades que el paciente realiza en su entorno real y/o los problemas encontrados en tales situaciones vitales.

Araceli Aldea, Estíbaliz Terradillos y Elisa Terriza Reguillos. *La CIF: revisión en clave logopédica*

Continuando con el capítulo *d3 comunicación*, se llega al ítem *d350 conversación*, que se divide en:

*d3500 Iniciar una conversación.*

*d3501 Mantener una conversación.*

*d3502 Finalizar una conversación.*

*d3503 Conversar con una sola persona.*

*d3504 Conversar con muchas personas.*

Como puede observarse, la CIF establece diferencias entre iniciar, mantener y finalizar una conversación, algo que los analistas pragmáticos han señalado como pertinente en sus investigaciones clínicas (Gallardo 2005; Gallardo y Moreno 2006, Hernández *et al.* 2005). El paciente no tiene afectada la intención comunicativa; es capaz de iniciar una conversación presentándose, saludando, preguntando o iniciando un tema conversacional. El trabajo actual de la intervención está, de hecho, orientado hacia el aumento de la calidad y agilidad conversacional, consiguiendo la capacidad de formar, mantener y finalizar un diálogo e intercambiar ideas, en este caso con un limitado uso del lenguaje oral y con apoyo principal en la comunicación no verbal. Por otro lado, también se considera importante la distinción entre conversar con una o muchas personas, ya que hay quienes tienen una comunicación eficaz cuando interactúan con una sola persona pero se encuentran con serias dificultades en reuniones de amigos, familia, en la calle, etc. En estas situaciones el paciente llega a sentirse aislado, puesto que necesita más tiempo para procesar y comprender la información, y poder llegar posteriormente a expresarse.

Entrando ya en la complejidad del lenguaje nos detenemos en el ítem *d355 discusión*, que atiende las posibilidades argumentativas del paciente, y distingue:

*d3551 Discusión con una sola persona.*

*d3552 Discusión con muchas personas.*

De este ítem puede señalarse que el paciente acusa graves problemas para participar en la evaluación de un problema con argumentos a favor o en contra, o para llevar a cabo un debate mediante lenguaje hablado, escrito, de signos u otras formas de lenguaje, tanto con una como con más personas ya sean conocidas o extrañas y en un ambiente formal o informal.

Por último, acabando con el capítulo *d3*, Presentamos el ítem

Araceli Aldea, Estíbaliz Terradillos y Elisa Terriza Reguillos. *La CIF: revisión en clave logopédica*

### *d360 Utilización de dispositivos y técnicas de comunicación.*

El paciente utiliza una herramienta aumentativa como apoyo a su comunicación. Se trata de un libro de pequeño tamaño, que puede llevar en el bolsillo en el que se muestra vocabulario en imágenes clasificado en distintos campos semánticos, que vienen indicados en el menú vertical de la derecha para mejorar el acceso a los mismos. Incluye además símbolos abstractos como pueden ser sentimientos, religiones, etc.

### *Capítulo d7. Interacciones y relaciones interpersonales*

La descripción del caso finaliza con el capítulo d7. Que trata sobre cómo se realizan las acciones y conductas necesarias para establecer relaciones con otras personas, teniendo en cuenta la adecuación al contexto y entorno social. Se dividen en:

#### *d710-d729 Interacciones interpersonales generales*

##### *d710 Interacciones interpersonales básicas.*

*d7100 Respeto y afecto en las relaciones.*

*d7101 Aprecio en las relaciones.*

*d7102 Tolerancia en las relaciones.*

*d7103 Actitud crítica en las relaciones.*

*d7104 Indicios sociales en las relaciones.*

*d7105 Contacto físico en las relaciones.*

##### *d720 Interacciones interpersonales complejas.*

*d7200 Establecer relaciones.*

*d7201 Finalizar relaciones.*

*d7202 Regulación del comportamiento en las interacciones.*

*d7203 Interactuar de acuerdo a las reglas sociales.*

*d7204 Mantener la distancia social.*

*Interacciones interpersonales particulares (d730- d779).*

*d730 Relacionarse con extraños.*

*d740 relaciones formales.*

*d7400 Relacionarse con personas en posición de autoridad.*

*d7401 relacionarse con subordinados.*

*d7402 Relaciones entre iguales.*

*d750 Relaciones sociales informales.*

*d7500 Relaciones informales con amigos.*

*d7501 Relaciones informales con vecinos.*

*d7502 Relaciones informales con conocidos.*

*d7503 Relaciones informales con compañeros de vivienda.*

*d7504 Relaciones informales con iguales.*

*d760 Relaciones familiares.*

*d7600 Relaciones padre- hijo.*

*d7601 Relaciones hijo- padre.*

Araceli Aldea, Estíbaliz Terradillos y Elisa Terriza Reguillos. La CIF:  
revisión en clave logopédica

d7602 Relaciones fraternales.

d7603 Relaciones con otros familiares.

d770 Relaciones íntimas.

Esta aplicación de la CIF conduce a la elaboración de la siguiente Ficha terapéutica en diciembre de 2007, donde se establecen los objetivos funcionales:

<b>Problemas y secuelas del paciente</b>	<b>Objetivo funcional del terapeuta</b>
Agrafía con restos y aprendidos	<b>d350 Conversación.</b> Iniciar, mantener y finalizar un intercambio de pensamientos e ideas, llevadas a cabo a través de lenguaje hablado, escrito, de signos u otras formas de lenguaje, con una o más personas conocidas o extraños, en un ambiente formal o informal.
Afasia global con progresión a afasia motora	<b>d710 Interacciones interpersonales básicas.</b> Interactuar con otras personas de manera adecuada para el contexto y el entorno social, como demostrar aprecio y consideración cuando sea apropiado, o responder a los sentimientos de otros.
Reducida flexibilidad cognitiva en evolución positiva.	<b>d335 Producción de mensajes no verbales.</b> Usar gestos, símbolos y dibujos para expresar mensajes, como negar con la cabeza para indicar desacuerdo o hacer un dibujo o diagrama para ilustrar o expresar un hecho o una idea compleja.
No estimación de los tiempos que influye en planificación.	<b>d330 Hablar.</b> Mediante el lenguaje hablado, producir palabras, frases y discursos que tienen significado literal e implícito, como expresar un hecho o contar una historia en lenguaje oral.
Alteración en atención alternante y dividida.	<b>d3608 Utilización de dispositivos</b> y técnicas de comunicación: ICOON
<b>Objetivo funcional común:</b> d845 Conseguir, mantener y finalizar un trabajo. Fecha inicio obj. abril 08. Fecha final obj.: junio 08. Material trabajo común: ICOON, Registros	
<b>Objetivos área Neuropsicología</b> d710 interacciones personales básicas. d1750 resolver problemas simples. d350 conversación.	

Araceli Aldea, Estíbaliz Terradillos y Elisa Terriza Reguillos. La CIF:  
revisión en clave logopédica

**Objetivos área Terapia Ocupacional**

d440 uso fino de la mano  
d445 uso de la mano y el brazo  
d845 conseguir, mantener y finalizar un trabajo.

**Objetivos área Fisioterapia**

b770 funciones relacionadas con el patrón de marcha.  
b7351 tono de los músculos de una extremidad.  
b4105 cambiar el centro de gravedad del cuerpo.

## **5. Revisión logopédica**

A partir de nuestra experiencia en la práctica diaria en el uso de la clasificación CIF con los pacientes de DCA, exponemos una revisión en clave logopédica, donde valoramos tanto los aspectos positivos como los que creemos necesitan una reconsideración en cuanto al abordaje de las funciones lingüísticas en esta clasificación.

### **Problemática en la correlación entre test estandarizados y la CIF**

Nos encontramos con la problemática de la no existencia de tests estandarizados para valorar todas las funciones de la CIF y posteriormente posibilitar la correlación entre los tests y los códigos CIF. Así, centrándonos en ítems de las Actividades y Participación, vemos que por ejemplo el *d350 Conversación (iniciar, mantener y finalizar una conversación)*, puede ser valorado con el Protocolo Rápido de Evaluación Pragmática PREP- INIA (Gallardo 2008). En cambio, en otros como el *d3608 Utilización de dispositivos y técnicas de comunicación, otros especificados (ICOON)* es difícil valorar cuantitativamente la eficacia en el uso del dispositivo por parte del paciente, debido a la no existencia de una prueba estandarizada. En la actualidad, estamos trabajando en la elaboración de equivalencias entre test

*Araceli Aldea, Estíbaliz Terradillos y Elisa Terriza Reguillos. La CIF: revisión en clave logopédica*

estandarizados y la codificación CIF, y en la elaboración de un programa que recoja de forma ordenada toda la información.

### **Escasa especificidad en algunos capítulos o ítems**

Para el detalle necesario en la evaluación logopédica, vemos que, por ejemplo, el ítem *d330 Hablar* no especifica el componente lingüístico alterado, y no concreta, p.ej., si se refiere en el paciente a alteraciones en vocabulario, construcción morfosintáctica de oraciones, lenguaje automático, etc.

### **Dificultades en la elección del ítem**

Unido a esta escasa especificidad, en ocasiones vemos que la elección del ítem adecuado para la alteración concreta del paciente depende en parte, de la habilidad, conocimiento específico y manejo que tenga el terapeuta de la clasificación. Estas dificultades se observan en ítems aparentemente redundantes como el *d345 Mensajes escritos*, que se define como “Expresar mediante el lenguaje escrito mensajes con significado literal e implícito, como escribir una carta a un amigo”, y el *d170 Escribir*, que se refiere a “Usar o producir símbolos o lenguaje para transmitir información, como escribir una relación de hechos o ideas o hacer un borrador de una carta”.

### **Importancia de la participación: Interacciones y relaciones interpersonales**

La CIF, como modelo bio-psico-social, contempla de manera muy detallada, a diferencia de otros tests, las interacciones y relaciones interpersonales, tan relevantes en la comunicación. No se trata de tener en cuenta únicamente las secuelas en las funciones lingüísticas del paciente sino su nivel de participación en las AVD que implican comunicarse.

### **Inclusión prominente de factores ambientales: incrementan o inhiben la funcionalidad humana**

La inclusión de factores ambientales supone una aportación igualmente novedosa. La CIF es una herramienta que subraya el papel que tales factores pueden jugar en incrementar o inhibir la



Araceli Aldea, Estíbaliz Terradillos y Elisa Terriza Reguillos. *La CIF: revisión en clave logopédica*

funcionalidad comunicativa. Contempla las características del entorno que afectan positiva o negativamente en las interacciones comunicativas del paciente. La valoración de estos factores puede dar información a los terapeutas de por qué la capacidad para ejecutar una interacción comunicativa puede ser diferente de su realización en el ambiente habitual. La estructura de la CIF legitima estos factores como foco de intervención, al mismo nivel que las intervenciones con un enfoque en el individuo.

En el caso del paciente presentado, el ítem *d760 Relaciones familiares (padres y hermanos)* supusieron un factor favorecedor ya que se comprometieron con la terapia, sin embargo, el *d730 Relacionarse con extraños*, constituyó un factor negativo, ya que su reacción ante los intentos comunicativos ajenos le inhibían en sus producciones.

## **6. Conclusiones**

Tras la aplicación de CIF en el caso del paciente presentado destacamos las siguientes conclusiones, donde resumimos los aspectos más importantes que aporta la CIF a la intervención en DCA:

- *Globalidad*: la clasificación muestra una visión global de la discapacidad.
- *Marco descriptivo*: nos ofrece un marco descriptivo que permite orientar el tratamiento no sólo hacia los déficits y limitaciones, sino contemplando las capacidades que tiene o va adquiriendo el paciente.
- *Clasificación y especificidad*: clasifica y especifica los déficits, permitiendo crear protocolos de actuación basados en la evidencia.
- *Entorno abierto*: en la actualidad estamos trabajando en un entorno abierto en el que se permite contribuir al uso y desarrollo de la misma.
- *Descripción integral de la funcionalidad a través de niveles*: hasta ahora, la importancia del daño se ha relacionado con el estado funcional, pero este no predice estrictamente la independencia funcional y la

Araceli Aldea, Estíbaliz Terradillos y Elisa Terriza Reguillos. *La CIF: revisión en clave logopédica*

capacidad de realizar las tareas diarias dentro del ambiente natural del individuo. Así, algunos individuos experimentan una mayor limitación en las actividades y mayores restricciones en participación que las esperables dada la severidad de su afectación en las funciones y las estructuras corporales, mientras que la independencia funcional de otras es mayor que la que se podría esperar teniendo en cuenta estas.

- *Mejoras de la calidad del proceso interdisciplinario de la neurorrehabilitación:* Rentsch (2003) propone la implementación de la CIF en la práctica diaria de la neurorrehabilitación en un proyecto interdisciplinario en el Kantonsspital de Lucerna (Suiza). Este equipo comprobó que los servicios de reestructuración clínica y las funciones de los profesionales con relación a la CIF mejoraban la calidad del proceso interdisciplinario del trabajo, y contribuían a una aproximación más sistemática a las tareas de rehabilitación por parte de los miembros del equipo.

En definitiva, cuando hablamos de CIF, hablamos de un lenguaje codificado y estandarizado que clasifica y describe tanto las capacidades como las limitaciones del paciente, reflejando el funcionamiento de la salud y las características ambientales que condicionan la misma.

ANEXO:

Fig.1: Correspondencia entre Funciones y Estructuras

<b>FUNCIONES</b>	<b>ESTRUCTURAS</b>
Mentales	Sistema Nervioso
Sensoriales y Dolor	Ojo, Oído y estructuras relacionadas
Voz y el Habla	Voz y Habla
Sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio	Sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio
Sistemas digestivo, metabólico y endocrino	Sist. digestivo, metabólico y endocrino
Genito-urinarias y reproductoras	Genito-urinarias y reproductoras
Músculo esqueléticas y del movimiento	Músculo esqueléticas y del movimiento
Piel y estructuras relacionadas	Piel y estructuras relacionadas

Fig. 2: Lista de dominios incluidos en Actividades y Participación (Resaltamos los capítulos estrechamente relacionados con las funciones lingüísticas).

DOMINIOS
D1 Aprendizaje y Aplicación de Conocimiento
D2 Tareas y Demandas Generales
D3 Comunicación
D4 Movilidad
D5 Cuidado Personal
D6 Áreas de la Vida Doméstica
D7 Interacciones Interpersonales

Araceli Aldea, Estíbaliz Terradillos y Elisa Terriza Reguillos. La CIF:  
revisión en clave logopédica

D8 Áreas Principales de la Vida
D9 Vida comunitaria Cívica y Social

Figura 3: Detalle de Factores Ambientales

FACTORES AMBIENTALES	
Productos y Tecnología	Comida, ropa, educación, comunicación, industriales, recreativos, espirituales, arquitectura, etc.
Apoyo y relaciones	Familia, amigos, profesionales, animales, etc.
Actitudes	Familia, amigos, sociedad, profesionales, etc.
Servicios, Sistemas, Políticas	
Entorno natural	Cambios en el entorno producidos por el hombre (orografía, clima, luz, sonido, etc.)

### **Bibliografía**

- Ardila, A. (2006): *Las Afasias*. Departamento de Ciencias y Trastornos de la Comunicación. Universidad Internacional de la Florida. Miami, Estados Unidos.
- Bilbao, A., Kennedy, C., Chatterjic S., Üstün B., Vázquez Barquero J.L., Barth J. (2003): The ICF: Applications of the WHO model of functioning, disability and health to brain injury rehabilitation. *NeuroRehabilitation IOS Press*, 18, 239–250.
- Castejón Fernández, L., Cuetos Vega, F. (2006): La rehabilitación de la anomia desde una perspectiva multidimensional. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 26(2),101-114.
- Castejón Fernández, L., González-Pumariega, S., Núñez Pérez, J.C., González-Pienda, J.A.(2005): Motivación en la rehabilitación logopédica. *Revista de Logopedia Foniatría y Audiología*, 25(2), 72-83.

Araceli Aldea, Estíbaliz Terradillos y Elisa Terriza Reguillos. *La CIF: revisión en clave logopédica*

- Fernández-Zuñiga, A. (2008): Habilidades terapéuticas en terapia de lenguaje. Relación terapeuta-paciente. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 28(1), 34-45.
- Gallardo Paúls, B. (2005): *Afasia y conversación: las habilidades comunicativas del interlocutor clave*. Valencia: Tirant Lo Blanch.
- Gallardo-Paúls, B., Moreno-Campos, V. (2006): Evolución de la pragmática en un caso de afasia de Broca severa. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 26(2), 28-43.
- Gallardo-Paúls, B. (2008): Pragmática textual y TDAH. Actas del XXVI Congreso Internacional AELFA, La Laguna, julio 2008, <http://www.uv.es/~pauls/2008.GALLARDO.PragmatTextualTDAH.pdf>
- Hernández Sacristán, C. *et al.* (2006): Variables lingüísticas en protocolos de rehabilitación de afasias. *Xornadas sobre eficacia comunicativa e avaliación da fala infantil e afásica*. Universidad de de Santiago de Compostela, noviembre 2005.
- OMS (2001). Clasificación Internacional de funcionamiento de la discapacidad y de la Salud CIF. OMS.
- Schneidert M., Hurst R., Miller J., Üstün B. (2003): The role of Environment in the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Disability and Rehabilitation*, 25 (11-12), 588-595.
- Stucki G., Ewert T., Alarcos C. (2003). Value and application of the ICF in rehabilitation medicine. *Disability and Rehabilitation*, 25 (11-12), 628-634.
- Threats T. T. (2006): *Towards an international framework for communication disorders: Use of the ICF*. Department of Communication Sciences and Disorders, Saint Louis University.

\* \* \*



## ***Lenguaje espontáneo en el trabajo logopédico: un sencillo ideal y un producto interaccional***

*Félix Díaz Martínez*  
*Universidad de Castilla-La Mancha*

### ***0. Presentación***

En los últimos años he desarrollado análisis de la interacción en consultas de logopedia, dirigidos a caracterizar la organización conversacional de estas actividades y contrastarlas con su despliegue en la conversación normal. En Díaz (2002) mostraba la posibilidad y la relevancia de este trabajo, señalando la falta de correspondencia mutua entre (1) el despliegue secuencial de la conversación casual, (2) el uso de esas secuencias en consultas de logopedia, y (3) la referencia teórica a esos procesos en manuales de logopedia.

En Díaz (2008) he aplicado esa misma estrategia analítica a la noción de 'lenguaje espontáneo'. Mi argumento es éste: las referencias al lenguaje espontáneo en el dominio profesional de la logopedia lo tratan de manera difusa como un género comunicativo vagamente equivalente a la conversación cotidiana, sin haber examinado secuencias identificables como 'lenguaje espontáneo' en busca de sus características; pero sucede que, cuando examinamos tales secuencias, les encontramos características institucionales atribuibles específicamente al dominio profesional de la rehabilitación del lenguaje; es decir, se distinguen de la conversación casual.

Describir esa diferencia es una empresa útil no solo para desvelar el idealismo de la profesión, que tiende a tratar géneros discursivos y actos pragmáticos como entidades acontextuales fácilmente accionables (como ilustraré a continuación). Además,

entiendo que la descripción de los detalles de un género discursivo institucional de la categoría del lenguaje espontáneo debería ser el marco contextual primario para reflexionar sobre las características del lenguaje patologizado en logopedia.

### ***1. “Lenguaje espontáneo” en jerga logopédica: un sencillo ideal***

La noción de ‘lenguaje espontáneo’ es ampliamente utilizada en el trabajo logopédico; se refiere a un objeto técnico pero también sugiere una cierta ética y estética sobre lo que constituye atención de calidad, vinculada con lo ecológico y lo cualitativo. En todo caso, si ‘lenguaje espontáneo’ significa algo identificable en el mundo, ese algo tiene que ver con formatos de habla conversacional; en este sentido, como la conversación es visible, audible, registrable y analizable, el lenguaje espontáneo se puede localizar y analizar.

En el dominio profesional de la logopedia, la noción de “lenguaje espontáneo” suele contraponerse semánticamente a formatos de comunicación cerrados, pre-establecidos y estandarizados. En evaluación y diagnóstico logopédico, Juncos y Pereiro (2003: 574) usan “lenguaje espontáneo” para referirse a un formato de producción de datos de evaluación contrapuesto al uso de “instrumentos estandarizados”, identificando implícitamente “lenguaje” con “habla conversacional”.

Pascual García (1999: 38-43) establece una gradación entre “lenguaje repetido”, “lenguaje dirigido” y “lenguaje espontáneo” como formatos de elicitación en la valoración del habla. El “lenguaje repetido” consiste en reclamar que el niño repita palabras; el “lenguaje dirigido” es “una forma de expresión más libre” que consiste en conducir “al niño para obligarle a decir palabras con el sonido que queremos analizar”. Pascual García cita aquí estrategias como mostrar imágenes de objetos conocidos para provocar las palabras deseadas por el profesional o hacer que el niño lea. En contraste, describe el “diálogo espontáneo” como un procedimiento consistente en entablar con el niño “una conversación dirigida a los datos que queremos analizar”, apoyándonos en diversos materiales (1999: 43).



Las estrategias de intervención propuestas por Pascual García sitúan en una fase avanzada del tratamiento la “generalización de la articulación correcta en el lenguaje dialogal” (1999: 167), expresión que hace equivalente a “lenguaje espontáneo”. De nuevo, en esta fase de intervención Pascual propone la realización de ejercicios de repetición, expresión dirigida y expresión espontánea. “Espontánea”, “libre” y “dialogal” se usan como sinónimos; y “lenguaje” como equivalente de “expresión”.

En evaluación logopédica en general, la noción de lenguaje espontáneo se ha asociado a las técnicas de recogida y análisis de “muestras de lenguaje” (Rondal, 2000a, 2000b; Acosta, Moreno, Ramos, Quintana y Espino, 1996: 24-6). Para Rondal (2000a: 23), la espontaneidad en estas técnicas radica en que “las exigencias formales y de contenido ejercidas por el examinador sobre el lenguaje productivo del sujeto en principio son mínimas o nulas”. Y define “lenguaje espontáneo” como “el lenguaje producido por un sujeto en situación natural (o casi natural)” (2000b: 131).

En líneas generales, en la tradición logopédica hay poca preocupación por la distinción entre lenguaje “natural” y “casi natural”, que concierne al asunto que voy a discutir aquí. El lenguaje “espontáneo”, “dialogal”, “libre”, es sencillamente lenguaje de un sujeto examinado (el sujeto de intervención) obtenido para valorar una variedad de producciones y estructuras lingüísticas. Así que el personal técnico *genera* una situación que pueda razonablemente facilitar esas producciones, y normalmente lo hace disponiendo activamente las condiciones situacionales y conversacionales que sugieren esa posibilidad al logopeda.

Sin embargo, y a pesar del valor otorgado al lenguaje espontáneo, la profesión se ha detenido poco en cuidar sus formas de generarlo. La inmensa mayoría de las referencias a este género de trabajo técnico en los manuales dan por hecho que el lector sabe qué es lenguaje espontáneo y cómo generarlo. El lenguaje espontáneo es un dominio discursivo relevante para la evaluación y la intervención logopédica; pero no se postulan técnicas elaboradas para hacer que suceda.

Podría decirse que el lenguaje espontáneo es utilizado como objeto técnico en tanto que se explotan las virtudes científico-profesionales que se le atribuyen: ‘naturalidad’, ‘ecología’, ‘métodos o técnicas cualitativas’, ‘realismo’, ‘representatividad’,

‘funcionalidad’. Estos valores se aprecian en las ocasionales apelaciones a evaluar o intervenir con lenguaje espontáneo, ya sea como un imperativo o como un procedimiento complementario.

Pero no es utilizado como objeto técnico en tanto que las técnicas para generarlo correctamente, su forma de desplegarse, los criterios de su fiabilidad y validez como técnica de evaluación o los principios que garantizan su éxito como técnica de intervención no están desarrollados, apenas son discutidos, pareciera que no hay nada que decir sobre ello.

¿Qué se plantea entonces en relación con el lenguaje espontáneo en logopedia? Algo sencillo y directo. Cuando se propone usarlo o se afirma haberlo usado, los procedimientos de su uso aparecen ‘cajanegrizados’: Sencillamente, se supone que se hace. Al fin y al cabo, es ‘habla de conversación’ y se supone que todo el mundo sabe qué es el habla conversacional: hablar en interacción. Y se sobreentiende que conversar un profesional con un paciente es algo que se hace sin más. Parece, pues, que basta con accionar una ‘conversación’ y ponerla a funcionar por un tiempo no determinado.

Pero accionar una conversación y mantenerla en funcionamiento en una consulta de logopedia es trabajo técnico, supone procedimientos elaborados y se inserta en una tradición de práctica. Aquí viene a colación la protesta de Sally Byng, quien, después de una exhaustiva revisión de trabajos sobre rehabilitación de la afasia (1995), llegó a la conclusión de que no contienen información detallada sobre el proceso y la actividad terapéutica. Los procedimientos y decisiones rutinarias de los logopedas se glosan rápidamente en las publicaciones como cuestiones de “intuición clínica” o “experiencia”.

En todo caso, y más allá de la protesta de Byng, los informes clínicos que describen procedimientos de intervención no suelen describir ‘lo que se hizo’ sino ‘lo que se hubiera hecho’ en caso de haber seguido el procedimiento de manera ideal. Se pone gran atención en la descripción del protocolo básico y en la presentación de evidencias sobre la relativa eficacia de los métodos o técnicas; pero no se describe la actividad desarrollada en la consulta. Como señala Eraut (1994) es muy difícil adquirir conocimiento sobre la propia ejecución y la mentalidad profesional tiende a ser justificatoria más que auto-crítica. Sin embargo, el

análisis crítico y empírico indica que lo que uno piensa que está haciendo comunicativamente en las sesiones puede no coincidir con la comunicación real (Pillay 2001).

En otras palabras, el ideal de lenguaje espontáneo acontextual y accionable entra en conflicto con el lenguaje espontáneo que de hecho se genera en el trabajo logopédico. El análisis sociológico de la interacción verbal traza una distinción entre conversación “casual” o “cotidiana” y conversación “institucional”. Sus prescripciones son muy explícitas en cuanto a la ilegitimidad de producir activamente las condiciones situacionales y conversacionales de los datos que se van a analizar (Heritage, 1984; Schegloff, 1987), y el análisis de la interacción institucional se ha dirigido a determinar las características que la distinguen de la conversación cotidiana (Heritage, 1997).

En este contexto, sería absurdo tratar el “lenguaje espontáneo” desencadenado bajo los auspicios de la logopedia como conversación natural. Lo razonable es verlo como un formato particular de interacción institucional, parte de cuya definición consiste en cierto interés declarado por la institución por emular o generar ‘espontaneidad’ (interés que, por cierto, no caracteriza a la conversación casual). En definitiva, el lenguaje espontáneo se puede analizar como un tipo particular de interacción institucional en el régimen institucional de la logopedia.

## ***2. Estructuras conversacionales dirigidas a desencadenar lenguaje: un producto interaccional***

Para ilustrar el carácter institucional del lenguaje espontáneo me voy a referir a dos sesiones diádicas de trabajo logopédico: una entre una logopeda y un niño disfémico, y otra entre una médica y un hombre afásico<sup>1</sup>. En ambos casos, lo que hacen representa

---

<sup>1</sup> La diada logopeda-niño procede del proyecto de investigación “Recopilación y análisis de un corpus de vídeos naturales sobre evaluación y tratamiento logopédico”, que desarrollamos en la Universidad de Castilla-La Mancha entre 2001 y 2003; la diada médico-paciente afásico procede de un registro que me cedió la profesora de la Universidad de La Coruña Esperanza Morales, a quien agradezco su colaboración.

actividad recurrente y común en consultas de logopedia: en un momento intermedio del proceso de evaluación-intervención, se desarrolla una interacción verbal en el contexto de una consulta. Las formas de producción del habla del sujeto patologizado se convierten en centro de atención, objeto de rectificación, motivo de elogio o descalificación de maneras más o menos indirectas<sup>2</sup>.

Estas interacciones se desenvuelven con *normalidad*: es decir, a pesar de que las formas de hablar en la consulta son increíblemente extrañas con respecto a la conversación que se da en todo momento y lugar en nuestra sociedad, los participantes lo hacen sin cuestionar en ningún momento el carácter de lo que hacen, sin dudar sobre cómo hacerlo, sin reparar en que lo que hacen es extraño. En este sentido se puede hablar de una interacción institucional normalizada.

### **(1) Formatos importados y adaptados**

Una de las características reconocidas de la interacción institucional es la *importación* de formatos de interacción desde la conversación cotidiana, que una vez aplicados revisten características especiales (Heritage, 1997). En particular, se aplican de manera asimétrica y estratégica. Por ejemplo, una práctica normalizada en la logopedia es el uso de preguntas y respuestas. La conversación cotidiana está plagada de estos objetos y la práctica logopédica también. Pero en la práctica logopédica se hacen constantemente preguntas cuya respuesta es conocida o no interesa a la persona que pregunta. Esto es extraño porque subvierte la función estándar de las preguntas en nuestra cultura: recabar información desconocida por la persona que pregunta.

Se preguntan cosas, pero el interés manifiesto no es recabar información. En principio y *prima facie*, se trata de ‘hablar’, pero con un patente desinterés por los contenidos temático. Al provocar habla espontánea, la pregunta se usa como un recurso estandarizado para invocar lo que las y los profesionales entienden como “respuestas” del sujeto. No “respuestas” como la segunda parte de un par pregunta-respuesta que satisfaría las necesidades

---

<sup>2</sup> Las convenciones de transcripción se recogen en el “Apéndice I”.

de información planteadas por la pregunta previa<sup>3</sup>, sino entendidas en una tradición de análisis del comportamiento de sujetos problematizados: lo que Skinner (1957) definió como “respuestas verbales”, un tipo de comportamiento que en la práctica logopédica se desencadena para ser analizado y rectificado.

Tal vez la propiedad institucional más importante del ‘formato desencadenante’ sea una regla conversacional universal que Sacks (1992 vol. I: 49) caracterizó como la regla de encadenamiento preguntas-respuestas. La podemos formular así: la respuesta a una pregunta devuelve el suelo conversacional a la parte que preguntó.

06. Logo: y dónde . los ves en la tele?
07. Jose: sii- si puedo sí
08. Logo: y qué te gusta más? la ene bé a o la a cé bé?
09. Jose: eh- eeh- la- la- la ene bé a
10. Logo: y el pacto?
11. Jose: la- ene- bé- a
12. Logo: ah . y por qué te gusta más?

En este fragmento, cada turno de Jose se compone exclusivamente de una respuesta a una pregunta de la logopeda y es seguido por una siguiente pregunta. Cada respuesta de Jose ha de ser validada o ratificada por la logopeda, de manera que la logopeda dispone sistemáticamente del turno siguiente. Este principio se deriva de la relevancia constitutiva de las preguntas: quien pregunta solicita, quien responde entrega y a quien pregunta le corresponde a continuación validar la adecuación de la entrega con la solicitud. Después de los pares 6-7 y 10-11, la logopeda aprovecha su turno de validación para producir una siguiente pregunta. En particular, el turno 12 incluye un marcador de recepción (“Ah”), que reconoce la respuesta de Jose (11) como una respuesta atenta a la demanda anterior (10).

Si en el fragmento anterior el contexto no termina de demostrar la irrelevancia del contenido de lo que se pregunta, seguramente el siguiente nos convencerá de ello:

---

<sup>3</sup> En logopedia también se hacen preguntas con la función pragmática estándar de recabar información en lo que llamo “formato de entrevista”, más ocasional, donde la pregunta solicita información que la logopeda necesita y utiliza.

14. Médico: (...) A ver, dime cuántos años tienes.
15. Joaquín: cuarenta y seis (1) cuarenta y cinco,
16. Médico: por ahí . no?
17. Esposa: cuarenta y seis
18. Médico: cuarenta y seis, muy bien . Con quién has venido hoy?
19. Joaquín: Con mmi mujer.

El desinterés por el contenido de lo que se pregunta es evidente en la propia selección de las preguntas y el tratamiento de las respuestas. A nadie se le escapa que la médico ya conocía la edad de Joaquín antes de que entrara por la puerta; la pregunta sobre su edad no viene a colación de nada; tampoco se formula con la cautela, cortesía o justificación que requeriría en nuestra cultura preguntar la edad a un adulto con quien no tenemos demasiada confianza. En cuanto a “Con quién has venido hoy?”, podemos considerar la posibilidad de que la médico no conozca de ocasiones anteriores a la esposa de Joaquín. Pero la función interaccional de la pregunta parece primaria sobre la informativa: se trata de devolver el turno a Joaquín, recordando que estas preguntas van dirigidas a él, no a ella, a la vez que reconociendo su presencia.

Otra práctica extendidísima en la conversación casual, y también presente en la interacción logopédica, es la Iniciación de Rectificación en el Siguiendo Turno (IRST; Levinson 1983: 339). Un sencillo procedimiento a través del cual un interlocutor solicita al otro que rectifique o matice su aportación anterior. Al focalizar la atención sobre el ítem inmediatamente anterior, la IRST permite solicitar al interlocutor la ampliación sobre un tema que nos parece interesante:

42. Jose: porque no- hacemos nada . solo exámenes
43. Logo: ah sí?
44. Jose: sí
45. Logo: y en clase no hacéis nada?
46. Jose: pues sí, ej- ejercicios

El “ah sí?” de la logopeda en 43 se diferencia de su línea 25 (donde se limitaba a permitir la continuación del turno de Jose). Aquí la logopeda está connotando interés por el contenido de la información aportada por Jose en el turno anterior. Obsérvese que, a pesar de esta focalización sobre el contenido, que podría imprimir un ritmo más animado a la conversación y facilitar la generación de información nueva, Jose responde a la IRST de la

logopeda, de nuevo, con la mínima emisión gramaticalmente posible: “Ah sí?”; “Sí”. La logopeda tiene que reincidir en la línea 45 con una pregunta explícita para obtener una respuesta algo más extendida, con algo de información.

Comparemos este uso de la IRST con el contenido en el siguiente ejemplo:

30. Jose: mh . sí . Mmaria Pilar, . Luis Miguel, . eh Francisco  
Javier, (1) yy los- y nada más
31. Logo: [¿y?
32. Jose: [no- y- ninguno- más
33. Logo: ah y no tienes más . no .  
ahora coge aire por la nariz y dime cómo se llaman tus  
her- amigos

En 31, el “¿y?” de la logopeda repite la producción previa de esa conjunción por Jose en 30. En esta ocasión, no se trata de solicitar la continuación de una explicación, sino la orientación de Jose hacia un segmento ya producido para que lo autocorrija en el siguiente turno. En otras palabras, la logopeda está haciendo lo que Schegloff, Jefferson y Sacks (1977) caracterizaron como “hetero-iniciación de autocorrección”: la logopeda inicia una acción de corregir el habla de Jose, que Jose deberá completar (y completa) en el turno siguiente.

Este caso es muy distinto al ejemplo anterior de IRST: aquí hay un señalamiento indirecto de la existencia de error en el turno previo. Ese señalamiento es acogido por Jose en el turno siguiente, corrigiéndose. Y hay una distribución característica del trabajo (la logopeda identifica error, Jose lo autocorrije) reconocida por ambos en el curso de la práctica. Están haciendo corrección del lenguaje, con los roles claramente distribuidos, con normalidad institucional, y utilizando un formato (la IRST) convencionalizado en la conversación casual normal. Así que la logopeda explota estructuras de la conversación cotidiana para el mantenimiento de una secuencia de interacción a base de turnos breves, y esto le permite dar retroalimentación muy puntual y localizada sin necesidad de interrumpir. El mantenimiento de la conversación se articula con la entrega de retroalimentación formal de manera estratégica pero fluida.

Encontramos persistentemente que la interacción se apoya estructuralmente en recursos importados de la conversación

cotidiana, pero subvirtiendo su función. Se hacen preguntas y respuestas sin interés por el contenido de lo que se responde, cuando el sentido habitual de una pregunta sería ese interés. Se usa la IRST para convocar un siguiente turno, pero el recurso a esta estructura no dinamiza la conversación; aunque sí se puede convertir en un procedimiento de corrección del lenguaje.

En líneas generales, en la práctica del lenguaje espontáneo parece operar una norma institucional tal que cada turno de la parte profesional establece la necesidad de un turno del paciente y cada turno del paciente satisface, *de la manera más literal posible*, la demanda gramatical y semántica más limitada posible. Se encuentra en operación un entorno institucional de “imposición de tarea de formato limitado” (por mucho que los discursos institucionales sobre el lenguaje espontáneo lo consideren un formato abierto): cada turno del profesional establece una pequeña tarea con los parámetros bien delimitados; cada turno del paciente debe atenerse a esos parámetros para ser exitoso.

## **(2) Objetivos institucionales: mantener el control, entregar instrucciones**

La regla de trenzado de preguntas-respuestas renueva constantemente las oportunidades de la parte profesional para mantener control sobre la sesión. El paciente coopera entregando respuestas que se limitan a dar la información mínima necesaria para continuar con una interacción compuesta de turnos breves, un encadenamiento pregunta-respuesta que solo se interrumpe cuando la profesional, gestora de cada movimiento a cada momento, decide hacer otra cosa. La interacción a base de turnos breves está, en definitiva, estrechamente ligada al empeño de la profesional por garantizar su propio control sobre la interacción. Recordemos la primera instancia presentada, que ilustra este empeño:

06. Logo: y dónde . los ves en la tele?
07. Jose: sii- si puedo sí
08. Logo: y qué te gusta más? la ene bé a o la a cé bé?
09. Jose: eh- eeh- la- la- la ene bé a
10. Logo: y el pacto?
11. Jose: la- ene- bé- a
12. Logo: ah . y por qué te gusta más?



En el par 8-9, una pregunta dicotómica es respondida apropiadamente con la repetición de una de las dos opciones; ninguna de las dos veces que recibe esta respuesta (9 y 11), la logopeda se muestra insatisfecha con esa pobreza en la producción verbal de Jose. La interacción se compone de turnos breves y la logopeda es la autoridad que decide sobre la longitud adecuada de los turnos de Jose. La estructura de pregunta-respuesta y la IRST son los dos medios principales para gestionar esta longitud.

Cuando la capacidad del paciente para participar en la conversación está limitada por una afasia de producción, sus turnos serán necesariamente más cortos, y la profesional gestionará la interacción para hacerlos tan cortos como sea necesario. El objetivo se reduce a producir palabras concretas, seccionándolas si es necesario en sílabas. El formato de interacción se adapta a la práctica del andamiaje:

14. Médico: y cómo se llama tu mujer?
15. Joaquín: no sé, Emila, Noemila, pero no sé ( )
16. Médico: sí, pero [ cómo no te vas a acordar de su nombre!
17. Joaquín: [no me  
(1)
18. Médico: cómo es tu n- tu primera sílaba cuál es del nombre?  
(dirigiéndose a la esposa)
19. Esposa: Emilia
20. Médico: E-, Cómo se llama Emi-?
21. Joaquín: Emilia.
22. Médico: Emilia, verdad?
23. Joaquín: sí

En las líneas 24 a 27, la médico inserta una secuencia<sup>4</sup> que le permite seccionar la actividad ‘pronunciar el nombre de su mujer’ en operaciones sílaba por sílaba y concretamente en una tarea de completamiento (Díaz, 2002). El entorno de ‘conversación’ se restringe y focaliza sobre un entorno de tarea de ‘articular palabras’. Soy consciente de que en estas secuencias la actividad cada vez parece menos lenguaje espontáneo tal y como se concibe

---

<sup>4</sup> Schegloff (1972) analizó originalmente las secuencias insertadas en secuencias de pregunta-respuesta. Básicamente, un interlocutor responde a una pregunta con otra cuya respuesta condiciona la posible respuesta a la pregunta original. Ej.: “¿Me invitas a esta copa?”; “¿Y tú a cambio qué me das?”; “Las gracias y una sonrisa”; “Venga, va”.

en la profesión. Mi argumento es precisamente que en la interacción en consultas de logopedia hay un continuo en la fragmentación de tareas lingüísticas; pero nunca salimos del entorno institucional que asigna a la profesional la función de gestionar esas fragmentaciones en el contexto de una conversación. En la línea 24 de este ejemplo la médico introducía una pregunta muy específica, pidiendo la primera sílaba del nombre de la esposa de Joaquín, y abriendo así una secuencia insertada para facilitar la producción del nombre concreto. La profesional también puede insertar en la conversación instrucciones sobre la forma correcta de producir el habla:

15. Jose: porque- porque yo sé- . me me- . que me gustan más los  
(ChigaBul) . que el (Real) Madrid, prefiero (los  
ChigaBul) por ejemplo
16. Logo: pactoo
17. Jose: ah ya . me gustan más los ChigaBul- en- vez- dell- Real  
Madrid
18. (2)
19. Logo: vale . bueno (1) pueees - qué más exámenes te quedan?  
(...)

La instrucción insertada tiene dos partes: la invocación de una instrucción por la logopeda en la línea 16 (“pactoo”) y la recepción de esa instrucción por parte de Jose al momento (“ah ya”). La secuencia de instrucción media entre una producción de Jose y su autorrectificación, cumpliendo una función similar a la IRST. Lo que tiene de interesante y especialmente útil la instrucción insertada es su capacidad para indexar conocimiento compartido: “pacto” invoca un acuerdo previo alcanzado entre la logopeda y Jose, dentro de términos establecidos por la institución, para que Jose produzca sus emisiones marcando y separando cada sílaba.

### **(3) Imposición de temas, actividades y formatos por la parte profesional**

Finalmente, podemos detenernos en algunas características peculiares del desarrollo temático en la interacción entre profesional y paciente en el lenguaje espontáneo. Por ejemplo, así pasan logopeda y Jose de hablar de equipos de baloncesto a hablar de los exámenes que se avecinan:

17. Jose: ah ya . me gustan más los ChigaBul- en- vez- dell- Real Madrid
18. (2)
19. Logo: vale . bueno (1) pueees - qué más exámenes te quedan? . por ( )?

La transición es violenta y aparentemente caprichosa. No hay una inversión de esfuerzo en justificarla o negociarla. La partícula “vale” se limita a cerrar el tema anterior, sin valorar el contenido ni la forma de la aportación previa de Jose. Por otra parte, la transición no parece motivada por el flujo conversacional. Tampoco se justifica abiertamente el nuevo tema iniciado por la logopeda, o la actividad que emprende. Parece ser que la logopeda sencillamente desarrolla una agenda, apoyándose en su autoridad para dirigir la conversación e ignorando el principio conversacional que establece que lo que se hace, incluidos los temas, se negocia.

Sin embargo, las pausas y titubeos de la logopeda sugieren que está *seleccionando* el nuevo tema. En otras palabras, se hace visible la existencia de un guión oculto, o al menos de ciertas pautas profesionales, conocidas por la logopeda y que no necesitan justificación pública. En líneas generales, la organización temática en el género conversacional del lenguaje espontáneo suele resultar elusiva, como si los participantes (y en particular la parte que, según pretendo demostrar, domina la interacción) huyeran sistemáticamente de la posibilidad de desarrollar las cuestiones. Las razones de esta constricción vienen determinadas por la agenda de la clínica logopédica tal y como la establece la logopeda. La interacción entre Joaquín y su médico cubre el siguiente orden de temas:

1. Nombre del paciente (2 turnos)
2. Fecha de hoy (10 turnos)
3. Edad del paciente (4 turnos)
4. Nombre de su mujer (12 turnos)
5. Número de hijos, y sus nombres (10 turnos)
6. Trabajo del paciente antes de la enfermedad (10 turnos)
7. Lo que fuma el paciente (14 turnos)
8. Qué tal duerme (5 turnos)
9. El paciente intenta contar algo sobre un amigo, pero no se hace entender (3 turnos)
10. Qué tal camina el paciente (8 turnos)

### 11. Apetito y hábitos alimenticios del paciente (10 turnos)

Y después la médico y la esposa hablan sobre la opinión del psiquiatra y sobre la medicación que está recibiendo Joaquín.

Todos los temas son introducidos por la médico, a través de preguntas o peticiones de información, y ninguna de estas preguntas o peticiones son justificadas o vinculadas temáticamente con la conversación previa. Con la notable excepción de la transición del tema 8 al 9, que es iniciada por Joaquín:

- 64. Médico: qué tal duermes ahora, Joaquín? qué tal duermes?
- 65. Joaquín: mucho, mucho
- 66. Médico: mucho, mucho, muchas horas?
- 67. Joaquín: (vio) por la tarde, vio por la mad- por una veo nada más
- 68. Médico: ya
- 69. Joaquín: porque yo ayer aún fui así a a un un mamigo, que había un mamigo
- 70. Médico: un amigo tuyo . no?
- 71. Joaquín: y ( ) y me cedo la treda ( )
- 72. Médico: Qué tal andas ahora? Mejor
- 73. Joaquín: no

Las dificultades de expresión lingüística de Joaquín en las líneas 67 y 69 nos impiden apreciar si la cuestión de su amigo viene a colación del tema en curso. En cualquier caso, la introducción de este tema no resulta exitosa. El comportamiento de la médico en las líneas 68, 70 y 72 prueba sucesivamente tres estrategias estandarizadas en el tratamiento del habla afásica: iniciar rectificación en el siguiente turno dando una oportunidad al paciente para que reformule (línea 68); alinearse con el tema cuando se puede localizar algún elemento de contenido (“un amigo tuyo”, en la línea 70); e ignorar, pasando directamente al tema siguiente (línea 72).

La imposibilidad de mantener una ‘conversación casual’ está sin duda ligada a las dificultades de expresión de Joaquín; pero también emerge del recurso sistemático de la médico a estrategias institucionales que no priorizan la conversación casual, sino la focalización sobre la forma del habla del paciente o la satisfacción de una agenda temática.

A lo largo de los 11 temas cubiertos en el registro, esta agenda temática se ve organizada por dos principios distintos y sucesivos.

Los temas 1 a 6 son típicos ‘temas de lenguaje espontáneo’, que se repiten sistemáticamente en la aplicación de este género a la evaluación logopédica y en particular en la evaluación de la afasia. De libro: preguntas cuya respuesta conoce el examinador (de manera que puede evaluar la calidad lingüística de la respuesta y apoyar su expresión); asuntos suficientemente próximos y conocidos para el examinando (para concentrar los recursos cognitivos en la expresión lingüística); cuestiones que requieren el conocimiento de series numerales y temporales y la orientación personal y temporal (dimensiones típicamente evaluadas en la afasia).

Los temas 7 a 11 son asuntos médicos típicos de las consultas de seguimiento, pertinentes en esta relación institucional entre médico y paciente, donde el médico demuestra conocer los problemas de salud y discapacidad de Joaquín. Es precisamente aquí donde la interacción se libera de la focalización sobre la forma lingüística, y el médico se interesa por el contenido de las respuestas a sus preguntas. Y precisamente aquí donde lo que se hace se aleja del género institucional del lenguaje espontáneo y entra en el género institucional de la consulta sanitaria.

### **3. Comentarios finales**

Los análisis de la interacción clínica con el instrumental del análisis de la conversación generan resultados que se refieren a las constricciones y circunstancias del trabajo cotidiano. No estoy intentando denunciar una supuesta pérdida de naturalidad en unas prácticas conversacionales que de manera sistemática y entusiasta se defienden como naturales; se trata más bien de reconocer el carácter *naturalmente institucional* de la producción de esas prácticas.

Los temas son seleccionados por su relevancia para el paciente, pero no se desarrollan de acuerdo a relevancias temáticas razonables y autógenas, sino bajo imperativos formales escritos en una agenda oculta, que se estructura en áreas de lenguaje, técnicas de intervención, catálogos de errores con sus etiologías bien teorizadas. Los temas se desenvuelven inevitablemente en el marco de la secuencialidad conversacional que impera en la conversación casual, pero ‘contaminada’ por directivas insertadas,

interrupciones extrañas, y una omnipresente asimetría entre profesional y paciente. El habla espontánea en la clínica de logopedia está recubierta de matices que destacan la relevancia del trabajo clínico, acompañando y modulando el desarrollo temático.

¿Se puede hacer de otra manera? ¿Tiene valor hacerlo de otra manera? Se me ocurren dos formas de responder afirmativamente a esta pregunta que considero a continuación.

En primer lugar, tendríamos que admitir que *los contenidos de la conversación generan y mantienen su propia relevancia personal, que es relevancia conversacional*. Tendría sentido desarrollar en las consultas de logopedia formas de conversación acordes con las relevancias temáticas del paciente porque la conversación que se quiere ‘provocar’ o ‘emular’ es conversación cotidiana, y la conversación cotidiana constitutivamente funciona así: se habla de lo que importa; se responde a lo que importa; se presta atención a lo que importa. Se muestra interés y se busca la afiliación conversacional del interlocutor. Eso es lo correcto, no porque haya normas escritas en ningún libro blanco, sino porque así lo hemos construido las comunidades humanas desde que conversamos en las sociedades modernas.

La conversación cotidiana es además recíproca en cuanto a las relevancias temáticas que se persiguen. Ya que estamos hablando, tendría también sentido hablar de las relevancias temáticas de la parte profesional (¿cómo se llaman sus familiares?, ¿le gusta el baloncesto?, ¿qué aspectos de su trabajo le resultan más gratificantes?). La atención exclusiva sobre asuntos del paciente puede resultar chocante cuando se postula que el tema no importa. De hecho, los temas típicos del lenguaje espontáneo en logopedia parecen estar definidos desde una institución ahijada de la profesión médica, que históricamente se ha acostumbrado a interrogar sin ser interrogada y a producir discursivamente las vidas de sus usuarios ignorando las propias (Silverman 1989).

Mi invocación de la relevancia conversacional y la reciprocidad entre participantes puede parecerse a lo que Omaggio (2001) propugna con respecto a interacciones entre profesores y alumnos en el contexto de la enseñanza de lenguas extranjeras. Formas de relación más próximas a la conversación natural pueden facilitar la obtención de respuestas más productivas por parte de los usuarios de la institución, por el interés de ésta.

*Félix Díaz Martínez. Lenguaje espontáneo en intervención logopédica*

En segundo lugar, *una relación terapéutica de calidad se nutre de la atención a las relevancias del paciente*. Esta cuestión está vinculada a la relación personal entre profesional y paciente. A nadie se le escapa que una relación profesional en la que persistentemente se habla de banalidades, o se preguntan cosas que ya se saben, acaba generando una cortina de palabras absurdas que sustituye a la relación personal. O, aunque esa relación se desarrolle en los espacios conversacionales ‘no técnicos’, el espacio de evaluación-intervención con ‘lenguaje espontáneo’ se reviste de una sensación de artificialidad, donde el sentido fundamental de conversar (el interés mutuo) resulta pervertido.

En ese sentido, el espacio reservado en la clínica logopédica para el ‘lenguaje espontáneo’ parece aislado del potencial de relación humana que caracteriza a toda conversación en toda vida social, sometiéndolo a relevancias técnicas y profesionales que se hacen primordiales. Nos encontraríamos ante un formato de interacción que ‘juega’ a hacer conversación casual instrumentalizándola y pervirtiendo su sentido interpersonal.

## APÉNDICE I

### Convenciones de transcripción

- La transcripción es alfabética, añadiendo en su caso letras repetidas para indicar sonidos extendidos.
- Cada línea se inicia con su número ordinal y con la identificación del hablante.
- Un guión alto indica auto-interrupción de una emisión.
- Un punto indica pausa audible inferior a un segundo.
- Las pausas de un segundo o más largas se indican con el número de segundos entre paréntesis.
- Los signos de interrogación indican entonación ascendente en emisiones con sentido interrogativo.
- La coma indica entonación ascendente en otras emisiones.
- El corchete abierto en dos líneas sucesivas indica el momento en que se inicia un solapamiento entre ambos hablantes.
- Las emisiones encerradas entre paréntesis indican la palabra probablemente pronunciada cuando el registro no se oía con exactitud.
- Los espacios en blanco entre paréntesis indican segmentos de habla que no se pudieron transcribir; la longitud del espacio orienta sobre la longitud del segmento de habla.

### ***Bibliografía***

- Acosta, V. M., Moreno, A., Ramos, V., Quintana, A. y Espino, O. (1996): *La evaluación del lenguaje*, Archidona: Aljibe.
- Byng, Sally (1995): What is Aphasia Therapy? En C. Code y D. Müller (eds.) *The Treatment of Aphasia: From theory to practice*. Londres: Whurr, pp. 3-17.
- Díaz, Félix (2002): Sobre el carácter institucional de la interacción logopédica., Ponencia presentada en el XX Congreso Anual de la Asociación Española de Lingüística Aplicada, Jaén.
- Díaz, Félix (2008): El 'habla espontánea' como juego de lenguaje institucional: una extraña conversación de contacto. *Oralia*, 11.



- Eraut, M. (1994): *Developing Professional Knowledge and Competence*. Londres: Falmer.
- Heritage, John (1984): *Garfinkel and Ethnomethodology*, Oxford: Polity.
- Heritage, John (1997): Conversation analysis and institutional talk. En D. Silverman (ed.): *Qualitative Research: Theory, Method and Practice*, Londres: Sage, págs. 161-182.
- Juncos, O. y Pereiro, A. X. (2003): Comunicación y lenguaje en edades avanzadas. En M. Puyuelo y J.A. Rondal (eds.): *Manual de desarrollo y alteraciones del lenguaje*, Barcelona: Masson, págs. 565-586.
- Levinson, Stephen C. (1983): *Pragmatics*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Omaggio Hadley, A. (2001): *Teaching Language in Context*, Boston: Heinle and Heinle.
- Pascual García, P. (1999): *Tratamiento de los defectos de articulación en el lenguaje del niño*, Madrid: Escuela Española.
- Pillay, M. (2001): 'Do you speak practice-ese?' A discourse of practice for sharing communication. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 36 (Supl.), 351-356.
- Rondal, Jean A. (2000a): "Componentes del lenguaje y aspectos del desarrollo desde la perspectiva de la evaluación", en M. Puyuelo Sanclemente, J. A. Rondal y E. H. Wiig (eds.): *Evaluación del lenguaje*, Barcelona: Masson, págs. 1-28.
- Rondal, Jean A. (2000b): Análisis del lenguaje espontáneo. En M. Puyuelo, J.A. Rondal y E.H. Wiig (eds.): *Evaluación del lenguaje*, Barcelona: Masson, págs. 131-171.



## ***Un programa de investigación sobre pragmática y hemisferio derecho***

*Beatriz Gallardo Paúls  
Universitat de València*

### ***0. Introducción***

Uno de los principales tópicos que han ido cuajando durante el desarrollo de la lingüística clínica en las últimas décadas es la asociación del déficit pragmático con las lesiones cerebrales de hemisferio derecho. Frente a lo que ocurre en afasiología, no es habitual que los estudios discriminen exactamente zonas más concretas de tal lesión, y también la descripción de dicho déficit pragmático se tiñe con frecuencia de imprecisión. En este texto repasamos la bibliografía sobre déficit lingüístico y hemisferio derecho, y proponemos una línea de investigación complementaria a la que ya hemos desarrollado para la descripción del déficit afásico (Gallardo 2009).

La visión tradicional<sup>5</sup> sobre cerebro y lenguaje ha defendido el protagonismo del hemisferio izquierdo en los hablantes diestros, relegando el hemisferio derecho a funciones aparentemente secundarias, como las relacionadas con el “lenguaje automático” (Hughlings Jackson 1876), marcas emotivas sobre todo mediante la entonación, elementos expletivos, y cierta participación en la comprensión de léxico de referentes concretos (Gazzaniga y Perry 1967; MacDonald 2000: 218).

Por el contrario, las investigaciones de los años 40 ya atribuían al hemisferio derecho funciones visuoespaciales y no verbales, de manera que su posible lesión se asociaba con déficit visual atencional en el hemicampo izquierdo (negligencia unilateral),

---

<sup>5</sup> Aunque cada vez más las investigaciones de lingüística clínica, neuropsicología y neuroimagen, ponen en cuestión estas asociaciones, lo cierto es que las asunciones básicas se mantienen fuertemente impermeables.

*Beatriz Gallardo Paúls: Un programa de investigación sobre pragmática y hemisferio derecho*

desorientación topográfica, déficit de aprendizaje visuoespacial, problemas con el reconocimiento de objetos y caras, inadecuación social, o indiferencia emocional. En 1947 Monrad Krohn se refiere a una “alteración en la línea melódica” de estos hablantes, que afecta a la transmisión de valores emocionales pero también semánticos.

Progresivamente, la investigación ha ido centrando su interés<sup>6</sup> en las habilidades comunicativas (pragmáticas y sociolingüísticas) de hablantes con este tipo de lesión. Del interés inicial (años 50) por la participación del HD en la modulación prosódica emocional (aprosodias), se pasa en los años 60 a investigar el desempeño de estos hablantes en tareas léxicas (definir y nombrar, completar oraciones), poniéndose de manifiesto “sutiles alteraciones” léxico-semánticas en estos sujetos: perseveraciones, problemas con palabras de referentes abstractos, alteraciones gráficas en letras y/o líneas de la escritura... En los años 70 se realizan ya observaciones clínicas de contraste con la afasia, campo en el que desatacan las aportaciones de Gardner, que propone déficits “extralingüísticos” referidos a la prosodia, el humor, y el uso figurado del lenguaje (modismos y metáforas).

La eclosión de la pragmática clínica en los 80 y 90 del siglo pasado puso de manifiesto la relación del hemisferio derecho con las categorías pragmáticas y, por tanto, con la competencia comunicativa entendida en sentido amplio (en gran parte de las publicaciones de neuropsicología cognitiva se asume, de hecho, que la pragmática es una dimensión social del lenguaje, sin atender a su especificidad). Se atribuye a los lesionados de hemisferio derecho rasgos como:

- la verbosidad o logorrea, combinada con la falta de pertinencia informativa de sus enunciados;

---

<sup>6</sup> Chantraine, Joanne y Ska (1998: 21) señalan la escasez de publicaciones sobre habilidades conversacionales y hemisferio derecho: en PsycInfo no hay ninguna publicación entre 1967 y 1983, y sólo aparecen 10 referencias en el período 1984-1997; en Medline apenas hay 5 artículos entre 1987 y 1997. Sin embargo, las publicaciones son numerosas desde la década de los 90, según atestigüamos en el apartado de bibliografía.

*Beatriz Gallardo Paúls: Un programa de investigación sobre pragmática y hemisferio derecho*

- problemas con la interpretación adecuada de inferencias de diverso tipo (modismos, metáforas, moralejas, ironías y sarcasmos...);
- discurso caracterizado por la sobrepersonalización (egocentrismo), respuestas tangenciales (en el sentido de que “se salen por la tangente”), y escasa organización;
- tendencia a mostrar, al igual que los afásicos sensitivos, anosognosia, es decir, indiferencia o ignorancia del propio déficit.

Se han propuesto diversas etiquetas para referirse al lenguaje de hablantes con lesión de hemisferio derecho (LHD): *disiponoia* (Paradis 1998: 3), afasia discursiva (Hawkins 1989, apud. Smith y Leinonen 169), síndrome de hemisferio derecho (Myers 2001; Blake 2005), afasia pragmática (Joanette y Ansaldo 1999), apragmatismo (Myers 2001). Las características fundamentales de estos hablantes aparecen resumidas en la siguiente cita:

*“Tras una lesión en el hemisferio derecho, algunos sujetos tienen dificultades con la comunicación verbal, a pesar de que el conjunto de su gramática (fonología, sintaxis, parte de la semántica) se mantiene intacto. Estos pacientes LHD necesitan ir más allá del significado literal de una emisión y hacer inferencias contextuales para descubrir el significado completo de lo que se les dice. Los diferentes tipos de lenguaje no-literal, en los que se impone la inferencia contextual (discurso, humor, actos de habla indirectos o metáforas, por ejemplo) nos permiten observar las dificultades que tienen algunos pacientes LHD.*

*“En el discurso, los problemas más frecuentemente mencionados para los LHD son observaciones ambiguas, comentarios irrelevantes, digresiones, problemas inferenciales, poca atención a las afirmaciones del interlocutor, dificultad para elegir soluciones plausibles, y dificultad para revisar las primeras impresiones.”* (Chantraine, Joanette y Ska 1998: 31).

Estas dificultades pueden aquejar a un 50% de los lesionados de HD, lo que lleva a algunos autores a insistir en la necesidad de

*Beatriz Gallardo Paúls: Un programa de investigación sobre pragmática y hemisferio derecho*

un abordaje individualizado del tema (Champagne, Desateuls y Joanette 2003).

En los párrafos que siguen esbozaremos las líneas básicas del proyecto de investigación referidas a los hablantes con lesión HD; expondremos los hallazgos fundamentales del estado de la cuestión siguiendo los tres niveles de la pragmática, y sus diferentes categorías.

## **1. Pragmática enunciativa**

### **1.1. LHD y actos de habla**

La bibliografía no ha señalado problemas específicos de los lesionados HD para la ejecución de los actos de habla en su versión literal, directa. Mientras los hablantes afásicos presentan claros problemas en las dimensiones locutiva, proposicional e ilocutiva de los actos de habla (Gallardo 2007), pero son capaces de interpretar adecuadamente los usos indirectos, en los hablantes de lesión HD encontramos la situación inversa (Molloy, Brownell y Gardner 1990; Müller 2000: 7). No obstante, no encontramos estudios sobre los actos de habla directos; Perkins (2000: 10) justifica el escaso desarrollo de estas investigaciones porque asume una visión reduccionista y exclusivamente formal de la teoría de los actos de habla. En nuestro proyecto<sup>7</sup> pretendemos aplicar tanto el Perfil PerLA (Gallardo 2005; Moreno 2010) como el PREP (Gallardo 2008) a los datos conversacionales de hablantes con LHD, a fin de comprobar su gestión concreta de los actos de habla directos e indirectos.

Como hemos dicho, la bibliografía sí refiere problemas de los hablantes lesionados en el hemisferio derecho para la interpretación de los actos de habla indirectos, vinculándolos explícitamente a la transgresión de las implicaturas

---

<sup>7</sup> Proyecto competitivo financiado por el MICINN, “Coherencia, cohesión y pragmática textual en situaciones de déficit lingüístico”, Ref. FFI2008-02592/FILO.

conversacionales. Zaidel, Kasher, Soroker y Batori (2002) incluyen en su Right Hemisphere Communication Battery un subtest que evalúa la capacidad de los sujetos para entender las peticiones indirectas, formuladas de manera convencional (“*Can you...?*” [*¿puedes...?*], “*Could you...?*” [*¿podrías...?*]) y no convencional (“*Are you able to...?*” [*¿Serías capaz de...?*], “*It is possible for you to...?*” [*¿Sería posible que tú...?*]), a fin de verificar si los diferentes grupos de hablantes apoyan su interpretación prioritariamente en el contexto (enunciación) o en la estructura superficial (enunciado).

## 1.2. LHD y significado inferencial

El ámbito del significado no explícito (significado-*nn* de Grice) es, probablemente, uno de los más asociados por la bibliografía a las lesiones HD. En general, se asume que estos hablantes tienen tendencia a interpretar los mensajes literalmente, lo que provoca problemas generalizados con la deducción de inferencias, sean éstas de naturaleza textual (moralejas de las historias, humor de los chistes), de naturaleza gramatical (tropos lexicalizados, refranes y modismos, pero también focos informativos), o de naturaleza conversacional (implicaturas, actos de habla indirectos). Una línea de trabajo interesante, pero escasamente desarrollada después, la constituye el trabajo de Brownell *et al.* (1984) referido a la diferente actuación de lesionados HD y HI respecto a las connotaciones. Este tipo de significados no suelen tratarse en las investigaciones clínicas, y sin embargo, constituyen una zona de convergencia entre semántica y pragmática de gran interés. Brownell *et al.* presentan a sus informantes tríadas de palabras y les solicitan que agrupen las dos palabras de significado próximo, siendo una de ellas una palabra con connotaciones asociadas; concluyen que mientras los LHD mantienen el uso denotativo pero presentan ciertos problemas ante los usos connotativos, los LHI captaban bien las connotaciones pero presentaban problemas respecto al uso denotativo (lo que supone un déficit afásico esperable).

Entre las causas normalmente aducidas para explicar este déficit en la deducción de inferencias se incluye un déficit atencional, cierta rigidez cognitiva, o un déficit de supresión de la información irrelevante. En los siguientes párrafos repasamos el

*Beatriz Gallardo Paúls: Un programa de investigación sobre pragmática y hemisferio derecho*

estado de la cuestión referido a cómo afecta la lesión de hemisferio cerebral derecho al procesamiento de las categorías de significado implícito, indicando los aspectos concretos que pretendemos desarrollar en el proyecto durante 2010 y 2011.

### **1.2.1. Inferencias convencionales: tropos lexicalizados y presuposiciones**

#### **Inferencias trópicas**

Los estudios sobre el procesamiento de las inferencias trópicas se han centrado, como es habitual, en las habilidades de comprensión de los pacientes con lesión HD. Como ya hemos señalado (Gallardo 2006), el problema principal de este tipo de investigaciones es la confusión entre sentidos figurados lexicalizados (los modismos y frases hechas) y los usos figurados dependientes de la creatividad de cada sujeto.

Huber (1990: 163) se centra en la comprensión de modismos susceptibles de interpretación literal y figurada, y realiza pruebas mediante neuroimagen; comprueba que los hablantes LHD, al igual que los afásicos sensitivos, tienen problemas para captar el sentido figurado en situaciones descontextualizadas, aunque mejoran cuando el uso es contextual. En términos de Huber (1990: 161) o Molloy, Brownell y Gardner (1990: 115), el tropo lexicalizado supone un proceso “de abajo a arriba”, que parte del texto hacia el contexto, a diferencia de otras inferencias cuyo proceso interpretativo se activa por el desajuste contextual.

Joanette *et al.* (2008: 483) concluyen al respecto que :

*“Si bien no se sabe fehacientemente si este déficit es específico de los pacientes con lesiones del HD, es importante destacar que las dificultades en el procesamiento de los significados metafóricos de palabras polisémicas es una de las alteraciones específicas que resulta de una lesión de dicho hemisferio”.*

Es importante insistir en que la inferencia trópica, como la presuposición, depende de la estructura superficial, no del contexto, y lo esperable es, por tanto, la participación del hemisferio izquierdo; el error habitual en algunos estudios es no



*Beatriz Gallardo Paúls: Un programa de investigación sobre pragmática y hemisferio derecho*

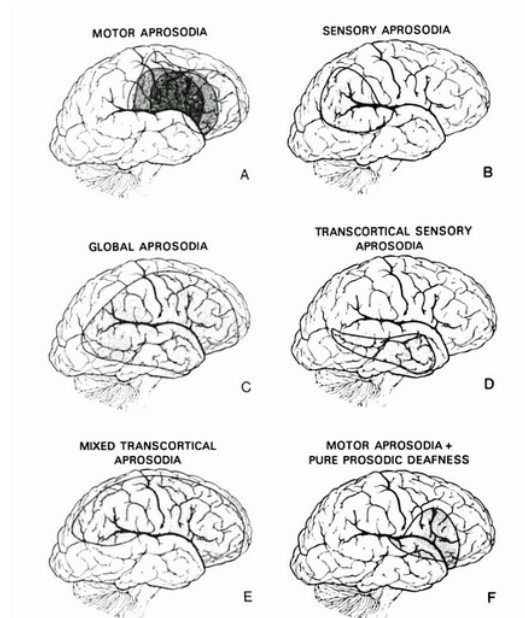
comprender que las expresiones idiomáticas forman parte del léxico de la lengua (se asimilan, por el contrario, a “actividades lingüísticas complejas”). Cuando los investigadores distinguen adecuadamente el tropo lexicalizado del tropo creativo (Papagno *et al.* 2004; Bélanger *et al.* 2009), los resultados muestran que la actuación de los lesionados HD en la producción de estos modismos es equiparable a la de los hablantes sin lesión; contrariamente, los sujetos con afasia y/o lesión en el HI presentan en la expresión problemas de dilación y vacilaciones, así como parafasias semánticas, y tienen igualmente problemas con la comprensión.

### **Inferencias presuposicionales**

La bibliografía de pragmática clínica no suele utilizar los conceptos de foco y presuposición, pero sí es habitual asociar las lesiones de HD a las alteraciones prosódicas. Tradicionalmente se hablaba de la relación entre esta alteración suprasegmental y la expresión de connotaciones afectivas o emocionales (Gorelick y Ross 1987), pero en los últimos años ya es más normal encontrar alusiones al efecto de la disprosodia sobre la dimensión informativa de los mensajes. Estrictamente hablando, cabría señalar que la disprosodia tendrá efectos en la distinción pragmática de focos y presuposiciones para aquellas lenguas que utilizan la entonación como mecanismo de focalización; evidentemente, cuando la lengua en cuestión utilice los aspectos prosódicos con valor demarcativo o léxico, el efecto de la alteración será consecuente con tal utilización.

En los años 80, Ross (1981, 1984) realiza estudios sobre aprosodia utilizando como planteamiento de base la clasificación tradicional de las afasias, y estableciendo paralelismos anatómico/funcionales entre los efectos de las lesiones de ambos hemisferios: habría, así, diagnósticos de aprosodia motora, aprosodia sensitiva, aprosodia global, de conducción, etc. La imagen (apud. Ardila y Ostrosky-Solis 1984: 117) muestra los subtipos de aprosodia propuestos por Ross, de acuerdo a las distinciones clásicas de tipos de afasia.

Beatriz Gallardo Paúls: Un programa de investigación sobre pragmática y hemisferio derecho



El autor (1984: 120-121) señala que

*“the initial clinicoanatomical data suggest that the right hemisphere has dominant linguistic and behavioral functions involving the modulation of affective components of language through prosody and emotional gesturing. Six different aprosodias have already been observed (...) The corresponding lesions in the right hemisphere associated with the above syndromes seems to be in good agreement, for the most part, with the published functional-anatomic data correlating the aphasias to left hemisphere lesions. (...) it would appear that affective language in the right hemisphere is anatomically and functionally organized in a manner similar to propositional language in the left hemisphere.”*

Perkins (1990: 16), siguiendo a Crystal (1981), distingue entre “disprosodia” (*dysprosody*) y “discapacidad prosódica” (*prosodic disability*): la primera referida a la ausencia de medios físicos y/o lingüísticos para indicar prosódicamente el estado afectivo, y la segunda referida a esquemas prosódicos atípicos que reflejarían un

Beatriz Gallardo Paúls: *Un programa de investigación sobre pragmática y hemisferio derecho*

“déficit afectivo” propio del Déficit Pragmático Primario (*Primary Pragmatic Impairment*). Se asume así que:

- 1) la disprosodia tiene efecto en la dimensión afectiva de los mensajes;
- 2) existe un déficit pragmático de alcance afectivo.

Sin embargo, la pragmática ha señalado desde los años 70 la importancia de los mecanismos prosódicos para realzar entonativamente los elementos focalizados del enunciado, por oposición a las informaciones presupuestas. A nosotros nos interesa la disprosodia especialmente por su posible utilización en el nivel pragmático, y en las diferencias de informatividad de los elementos del enunciado. Blake (2009) señala específicamente la incidencia de este síntoma en el aspecto informativo, aunque no utiliza los conceptos pragmáticos.

### **1.2.2. Inferencias no convencionales: Implicaturas**

A partir de la teoría clásica de Grice sobre los significados implícitos, cabe asumir que las implicaturas generalizadas se activan cuando hablante y oyente asumen que el interlocutor respeta las máximas conversacionales, mientras que las implicaturas anómalas surgen cuando las máximas no son respetadas, y por tanto se hace necesario buscar significados alternativos.

En el ámbito de las investigaciones sobre lesionados de hemisferio derecho, Molloy, Brownell y Gardner (1990) agrupan la ironía y las peticiones indirectas por ser procesos inferenciales “de arriba a bajo”, en los que “*the flow of meaning is from context to sentence*” (1990: 115), por oposición a otras inferencias (modismos, presuposiciones) en las que se procede en dirección inversa, desde el texto al contexto.

Las investigaciones sobre LHD han prestado una considerable atención a cómo estos hablantes interpretan fenómenos como la ironía, el humor o el sarcasmo, que, como sabemos, son explicables pragmáticamente como violación de las máximas conversacionales (Bihrlé, Brownell, Powelson y Gardner 1986). Kasher, Batori, Soroker, Graves y Zaidel (1999: 569) incluyen la evaluación de las implicaturas en su *Batería pragmática*, donde diseñan pruebas distintas que les permitan evaluar si el hablante

*Beatriz Gallardo Paúls: Un programa de investigación sobre pragmática y hemisferio derecho*

tiene capacidad para reconocer, dado un enunciado o una imagen, ciertas situaciones referidas a las máximas griceanas:

1. Cantidad

1.1. Información deficiente [varios ítems].

1.2. Información excesiva [varios ítems].

2. Cualidad

2.1. Inadecuación (a la verdad) [varios ítems].

2.2. Uso de la ironía [varios ítems].

3. Pertinencia.

3.1. Evaluar la pertinencia de cierto acto de habla respecto a otro previo.

3.2. Detectar la aparente irrelevancia de actos de habla en la conversación.

3.3. Buscar explicaciones que puedan convertir en adecuada tal aparente irrelevancia.

3.4. Interpretar tales actos de habla adecuadamente.

3.5. Hacer intervenciones conversacionales aparentemente irrelevantes.

3.6. Ser capaz de justificar tal aparente irrelevancia cuando se pregunta.

4. Manera.

4.1. Reconocer las indirectas como tales.

4.2. Entender el significado intencional de las indirectas.

4.3. Explicar por qué el hablante recurre a la indirecta.

4.4. Entender el recurso a la indirecta por parte del hablante.

4.5. Usar indirectas.

4.6. Ser capaz de defender el recurso de alguien a las indirectas cuando se le pregunta.

4.7. Entender las entradas léxicas relativas a las indirectas.

4.8. Usar oraciones que incluyan tales entradas léxicas.

Por ejemplo, se le presentan al paciente diálogos como éste:

*“Yo dije: ‘¿Sabes? Jorge y María se han ido de la ciudad’, y él dijo: ‘Lo sé, ¡qué pena que Jorge se haya ido!’”.*

Y luego el evaluador le plantea preguntas del tipo “¿Entiende usted lo que dijo él?”, “¿Qué quiso decir?”, y también “Él dice

*Beatriz Gallardo Paúls: Un programa de investigación sobre pragmática y hemisferio derecho*

*que qué pena que Jorge se haya ido, ¿y qué pasa con María?'*. Como se ve, la evaluación se apoya en la EXPLICACIÓN METALINGÜÍSTICA por parte del evaluado, a quien se le pide que identifique la implicatura.

Para la inferencia de implicaturas activadas visualmente, en la *Batería Pragmática* se presentan al sujeto 18 cuadros famosos con alto valor simbólico y se le pide que explique su significado. En lugar de identificar la implicatura, en estos casos el sujeto ha de resolver una incongruencia o aparente desajuste planteado por la imagen; por ejemplo, "El dominio de Arnheim" de René Magritte, muestra una montaña con forma de águila que se levanta sobre el nido, y el paciente debe dar una explicación coherente de la imagen; el "Retrato de Lawrence Olivier" de Dalí plantea también problemas de ambigüedad interpretativa y la superposición de caras.

A partir de esta *Batería Pragmática* centrada en las implicaturas, Kasher y su grupo (1999: 568) contrastan la ejecución de hablantes afásicos y lesionados de HD, y comprueban que ambos grupos tienen problemas para la correcta interpretación de las implicaturas. También Surian y Siegal (2001: 231) evalúan el procesamiento de las implicaturas en lesionados de hemisferio derecho y concluyen

*"que los fallos de los pacientes en las tareas de conversación y comunicación pueden estar más relacionados con un déficit en los mecanismos atencionales y de memoria de trabajo, que con una pérdida específica de conocimiento sobre las restricciones pragmáticas."*

Los mismos autores presentan a 16 lesionados en HD y 16 lesionados en HI una Tarea de Teoría de la Mente que incluye historias de falsa creencia:

*"Ana quiere encontrar su gato, que vive en dos habitaciones, una amarilla y una roja; Ana cree que su gatito está en la habitación roja; en realidad el gato está en la habitación amarilla."*

La historia se presenta verbalmente y se acompaña con una representación visual mediante tarjetas y dibujos. Se proporciona a los informantes pistas de carácter visual con la hipótesis de que así la eficacia de los LHD será similar a la de los LHI, sin necesidad

*Beatriz Gallardo Paúls: Un programa de investigación sobre pragmática y hemisferio derecho*

de recurrir a las preguntas explícitas. Y efectivamente, en estos casos de tareas simples, la presencia de la información visual disminuye las dificultades en los pacientes de HD (Surial y Siegal 2001: 229), lo que pone de manifiesto la vinculación entre déficits visuales y verbales en este tipo de lesiones. No obstante, cabe señalar que la ayuda visual no resulta tan determinante cuando las tareas presentadas son significativamente más complejas (por ejemplo, cuando se pone en juego la atribución recursiva de estados mentales: “*Él piensa que ella cree que...*”). En una segunda prueba, a los mismos pacientes se les plantea una Tarea de Transgresiones Pragmáticas (*Pragmatic Violations Task*), que consiste en evaluar la adecuación comunicativa de 25 emisiones. Las pruebas muestran resultados como los siguientes (Surian y Siegal 2001: 230):

- en la tarea de teoría de la mente, la inclusión de pistas visuales simultáneas al input verbal eliminaba las diferencias entre lesionados de HD y de HI; los hablantes lesionados en HD cometían más errores al suprimir las ayudas visuales.
- en la tarea de implicaturas no se muestran diferencias significativas entre los hablantes afásicos y LHD: ambos grupos cometen más errores que el grupo control; la mayor parte de los errores se relacionan con la máxima de la cantidad (en concreto con la submáxima que se refiere al exceso de información) y de la cortesía.

## ***2. Pragmática textual***

En la medida en que el texto supone duración temporal, extensión, hemos de tener presente que los déficits textuales se vinculan necesariamente a otras facultades cognitivas, como la memoria y la atención. Las investigaciones señalan que el HD participa en los procesos atencionales más que el HI; visualmente, mientras el izquierdo controla la atención al lado derecho, el hemisferio derecho controla ambos campos, de manera que cuando hay lesión izquierda, el hemisferio derecho puede compensar los déficits. Estas investigaciones no descartan que los lesionados de

*Beatriz Gallardo Paúls: Un programa de investigación sobre pragmática y hemisferio derecho*

hemisferio derecho tengan problemas con todos los tipos de atención:

1. Atención dividida
2. Atención alterna
3. Atención mantenida
4. Atención focalizada

Esto es importante para poder explicar problemas de estos hablantes en la comprensión o en la construcción de textos (omisión de información relevante, inclusión de información dispersa, no relacionada...), y establece nexos de conexión con la actuación lingüística de otros grupos poblacionales con déficit atencional.

### **2.1. Cohesión: LHD y errores léxico-semánticos**

Según señalan Joannette, Goulet y Hannequin (1990: 82), las primeras publicaciones que aluden a déficit lingüístico en los hablantes con LHD se deben a Eisenson (1959, 1960, 1962), quien señaló la existencia de alteraciones léxico-semánticas “sutiles” en lesionados HD sin afasia cruzada. En las tareas de definición de palabras apreció que sus definiciones eran tan aceptables como pudieran serlo las de hablantes sin déficit, pero se caracterizaban por ser más autocentradas y más concretas; muchas palabras eran definidas por su utilidad, o por la función específica del objeto a que se referían (en términos pragmáticos apuntaríamos un mayor anclaje deíctico en la enunciación: yo- aquí- ahora). En las tareas de terminación de oraciones, su habilidad era menor que en las de definición léxica. Eisenson (1959) concluyó que los hablantes LHD tenían un déficit en la capacidad de abstracción, lo que tenía necesarias consecuencias en la habilidad cognitiva y lingüística de los sujetos:

*“The right hemisphere is neither a silent hemisphere nor a spare to be used only in the event of failure of the other hemisphere” (1959: 10).*

En el trabajo de 1960 incorpora un grupo control (con equivalencias en edad y escolarización); igualmente, los hablantes LHD mostraban mayores problemas para definir palabras, y en más ocasiones afirmaban ser incapaces de definir las; los hablantes LHD mostraron mayores dificultades para identificar palabras a

*Beatriz Gallardo Paúls: Un programa de investigación sobre pragmática y hemisferio derecho*

partir de las definiciones, y para completar oraciones, todo lo cual lleva a Eisenson a concluir (1962) que existe un déficit lingüístico asociado a esta lesión; afirma que el hemisferio derecho participa en la creación y memorización de conceptos, lo cual es esencial para el uso del lenguaje.

También en los años 60 Weinstein y Keller (1963) y Weinstein (1964) comparan a hablantes LHD y LHI en tareas de denominación de objetos (también hablantes con lesión profunda, y hablantes con lesión extendida), y comprueban que los lesionados HD difieren cualitativa y cuantitativamente en las tareas de denominación respecto a los LHI; refieren, también, problemas de desorientación espacio-temporal, autoidentificación, heminegligencias y anosognosia; gran parte de los problemas de denominación se referían a objetos del entorno hospitalario (*aguja, silla de ruedas*), y relacionados con su vida personal presente o pasada. Los errores de sustitución léxica parecían obedecer a similitudes formales o funcionales entre los objetos. Señalan, además, que los hablantes LHD proporcionaban más detalles descriptivos y más información personal. La hipótesis de estos autores, según indican Joannette et al. (1990: 84), es que los errores de denominación en los lesionados HD aparecen especialmente en los casos en que el significado de las palabras tiene un claro anclaje contextual; serían errores claramente vinculados a las relaciones hablante/contexto, incluyendo las situaciones inmediatas, el pasado y las anticipaciones.

Los estudios de Marcie *et al.* (1965), Oldfield (1966) no señalan problemas en denominación para LHD, aunque sí aluden a cierta tardanza respecto a los LHI sin afasia, o los hablantes normales; esta lentitud en los LHD sería, según Oldfield, independiente del nivel de frecuencia de la palabra en cuestión (un rasgo que sí es pertinente en la lentitud de denominación de los hablantes afásicos), y estaría vinculada a problemas de identificación visual.

Wepman y Jones (1961) aplican su batería de afasia (con pruebas de repetición, escritura, lectura y denominación) a 22 LHD; señalan que sólo 8 de sus informantes muestran déficit lingüístico. De estos 8, uno fue catalogado de afasia cruzada, otro mostraba una negligencia visual que explicaba gran parte de sus problemas, y otros tres mostraron un resultado de parámetros



*Beatriz Gallardo Paúls: Un programa de investigación sobre pragmática y hemisferio derecho*

normales. Las pruebas no verbales planteadas a los mismos sujetos les llevan a concluir un déficit de naturaleza más cognitiva que lingüística, que les llevaría a prestar poca atención a las tareas. Coughland y Carrington (1978) también evalúan a LHD con distintas baterías de evaluación cognitiva y lingüística (*Auditory Choice Vocabulary, Token Test, Peabody Picture Vocabulary, WAIS Vocabulary Subtest, Progressive Matrices*), y concluyen que las dificultades evidenciadas por los sujetos LHD se deben a problemas de alto nivel de funcionamiento cognitivo, y no son problemas lingüísticos *per se*.

Joanette *et al.* concluyen que no hay pruebas exactas sobre la implicación del hemisferio derecho en el procesamiento léxico-semántico (1990: 85):

*“In summary, the results of studies conducted during the sixties, in order to systematically verify the presence of lexicosemantic disorders in right-brain-damaged subjects, shows a lack of consensus”. (1990: 92):*

*“Previous studies have failed to provide any solid evidence to the effect that a lesion of the right hemisphere results in a disorder that one can describe as being exclusively lexicosemantic. The problem resides therefore in the linguistic specificity of the disorder underlying the difficulties of right-brain-damaged patients to process word meaning. The possibility of a lexico-semantic contribution by the right hemisphere is purely hypothetical, although there is some indication that the right hemisphere of the right-handed individual is essential for the full semantic processing of words.”*

No obstante, encontramos publicaciones que señalan problemas de este tipo en los lesionados HD, aunque con la habitual confusión terminológica y conceptual de la neuropsicología cognitiva cuando trata el lenguaje. Ardila (1984a: 100) señala que los errores de denominación de estos hablantes:

- no se explican por sustitución fonológica o semántica (como en afasia),
- explotan los mecanismos de circunlocución que dan descripciones funcionales para la palabra en cuestión,

*Beatriz Gallardo Paúls: Un programa de investigación sobre pragmática y hemisferio derecho*

- incluyen neologismos (morfológicamente formados según la gramática),
- no parecen provocarles problemas de ansiedad o incomodidad,
- tampoco se acompañan de vacilaciones, reinicios, anacolutos,
- al proporcionar pistas de la palabra meta, los hablantes las aceptan pero sin dar muestras de que eran conscientes de su dificultad léxica.

Además, en las tareas de completar oraciones los pacientes con lesión prefrontal derecha (1984b: 186) muestran los siguientes errores:

- libre asociación de ideas: añade elementos que modifican la oración;
- perseveración en el uso de conectores entre las oraciones;
- imposibilidad: es frecuente que el paciente afirme que la oración no se puede completar, que ya es correcta.

En el contexto de las investigaciones sobre comprensión de textos narrativos, Beeman (Beeman, 1993, 1998; Beeman, Bowden y Gernsbacher, 2000; Jung-Beeman 2005) ha señalado una diferente especialización semántica de ambos hemisferios, defendiendo que mientras el hemisferio izquierdo codifica los significados de forma aislada y focalizada, el hemisferio derecho activa campos semánticos amplios y difusos, proporcionando una información semántica “ancha” (*coarse interpretation*) que resulta insuficiente para la actividad verbal normal. Esta diferencia explicaría que cuando el hemisferio derecho está lesionado se pierdan las habilidades inferenciales que suponen esfuerzos de integración semántica añadida a los sentidos literales. Beenan (2005: 513) defiende un procesamiento semántico en tres fases (modelo BAIS: *Bilateral Activation, Integration And Selection*), con correlatos anatómicos en ambos hemisferios, basándose en dos premisas:

*Beatriz Gallardo Paúls: Un programa de investigación sobre pragmática y hemisferio derecho*

1. Al menos tres componentes distintos pero sumamente interactivos de tratamiento semántico, apoyado por tres áreas separables cerebrales, son cruciales para la comprensión lingüística: la activación semántica, la integración semántica, y selección semántica.
2. Cada tipo de procesamiento semántico ocurre bilateralmente, pero los hemisferios procesan la información de manera diferente: mientras el RH hace una codificación semántica relativamente ancha, el HI hace una codificación relativamente más fina. Estas codificaciones, señala Jung-Beenan, son altamente interactivas y complementarias:

*“In the real world, it is unlikely that any one of these would ever be engaged in isolation of the other two. In the laboratory, the best we can do is to contrast tasks that tip the balance of processing towards one process or another” (2005: 513).*

La propuesta de Jung-Beenan nos llevará a analizar con detalle los errores léxicos que muestren nuestros informantes, a fin de verificar si el posible problema puede explicarse mediante distinciones lingüísticas como las que se dan entre significado y sentido, literalidad e inferencia, o denotación y connotación.

## **2.2. Coherencia: LHD y superestructuras textuales**

En los trabajos iniciales de los años 80 se contrasta la habilidad narrativa de los hablantes con lesión derecha e izquierda; se utilizan tareas de finalización de historias, generalmente a partir de estímulos visuales, así como de re-narración (Brownell, Potter, Michelow y Gardner 1984; Bihle, Brownell, Powelson y Gardner 1986); se comprueba que las tareas de finalización de historias a partir de cómics resultan más problemáticas para los LHD que para los LHI:

*“RHD patients showed a preserved sensitivity to the surprise element of humor, and a diminished ability to establish coherence. Conversely, LHD patients, when they erred, showed an impaired sensitivity to the surprise element of humor, and a preserved ability to establish coherence by integrating content across parts of a*

*Beatriz Gallardo Paúls: Un programa de investigación sobre pragmática y hemisferio derecho*

*narrative. These results suggest that the observed humor comprehension deficits of RHD patients result specifically from right hemisphere disease and not from brain damage irrespective of locus. The performances of the RHD and LHD patients groups together support a separation of narrative ability from the traditional aspects of language ability typically disrupted in aphasia.” (Bihrlé, Brownell, Powelson y Gardner, 1986: 399)*

Son varios los estudios que, desde esta óptica, han investigado sobre la coherencia textual de las narraciones de estos hablantes

Zwaan, Langston y Graesser (1995) establecen que la memorabilidad de los sucesos de una historia depende de cinco variables; como vemos, las tres primeras son de dimensión descriptiva y las otras dos, de dimensión agentiva/evaluativa:

- 1) Protagonista agente
- 2) Tiempo
- 3) Espacio
- 4) Causa (que para nuestro enfoque remite a la categoría habitual de Complicación)
- 5) Intención (relacionable con la Resolución del suceso).

Se asume que estas cinco variables actúan indexando el relato, de modo que cuando se produce alguna discontinuidad en alguna de ellas, el “índice” necesita una actualización, es decir, revisión. Hay investigaciones que utilizan este modelo de comprensión de historias con lesionados HD (Tompkins 2008, apud. Intintoli 2009); se les proponen narraciones que incluyen algún tipo de Resolución Incongruente, como el cambio de los objetivos del personaje, o el establecimiento de finales negativos. Estas incoherencias obligan a los lectores oyentes a revisar las inferencias que habían sido activadas por el diseño narrativo anterior, tarea que los hablantes sin daño cerebral pueden realizar exitosamente, incorporando la información nueva, pero que plantea problemas a los lesionados HD. Ya Bihrlé, Brownell, Powelson y Gardner (1986) mostraron que los hablantes LHD tenían dificultades para revisar su interpretación inicial del texto una vez que la información era revelada; sus pacientes podían interpretar aisladamente los significados de las diferentes viñetas de una historieta, pero no conseguían integrar las diferentes escenas en la interpretación global (humorística) de la secuencia,

*Beatriz Gallardo Paúls: Un programa de investigación sobre pragmática y hemisferio derecho*

ni tampoco eran capaces de elegir la viñeta final que daba sentido a la secuencia (identificaban viñetas no coherentes).

Este tipo de investigaciones llevan a la Hipótesis del déficit de supresión (*Suppression Deficit Hypothesis*), según la cual los hablantes con lesión en el hemisferio derecho tienen menos capacidad que los hablantes sin lesión para desactivar significados alternativos o contextualmente inapropiados (Tompkins, Baumgaertner, Lehman, & Fossett, 1997; Tompkins, Lehman, & Baumgaertner, 1999; Tompkins, Blake, Baumgaertner, & Jayaram, 2004).

Blake (2008) comprueba que los lesionados HD eran más lentos en las tareas de comprensión cuando las acciones de los personajes contradecían sus tendencias características, y que en tareas de puntuación consideran igual de probables los finales positivos y negativos. El desarrollo concreto de este aspecto de nuestra investigación comprobará el respeto a las superestructuras en las narraciones de nuestros informantes; nuestro protocolo de entrevista incluye, con esta finalidad, preguntas desencadenantes de historias de vida personal, así como la petición explícita de que cuenten Caperucita Roja, un cuento habitualmente utilizado en los estudios sobre Demencias Tipo Alzheimer (y otros grupos, como el Síndrome X-Frágil).

### **2.3. Coherencia: LHD y la gestión tema/rema**

Hay investigaciones que se plantean la gestión temática de los LHD en la comprensión de historias, atendiendo a si la posición del tema en el texto es relevante. Hough (1990) indica que estos hablantes tienen problemas para identificar temas que aparecen en posición remática (no inicial):

*“Right hemisphere brain-damaged groups with anterior and posterior lesions were significantly less accurate and identified significantly fewer central themes when central theme presentation was delayed until the end of a narrative than when the theme was presented at the beginning. Subjects with anterior right hemisphere brain-damage produced significantly more embellishments and confabulations than subjects with posterior damage and non-brain-damaged controls, regardless of theme*

*Beatriz Gallardo Paúls: Un programa de investigación sobre pragmática y hemisferio derecho*

*condition. The performance of non-brain-damaged subjects and subjects with fluent and nonfluent aphasia was unaffected by the organization of the central theme in the narratives". (Hough 1990).*

No obstante, estudios posteriores parecen indicar (Silverman 2008) que los problemas identificados por Hough en los hablantes LHD no se debían estrictamente al desplazamiento del tema, sino a la falta de coherencia que provocaba este movimiento. Los estudios de Silverman señalan, con todo, que aún en el caso de textos coherentes el desplazamiento del tema puede plantear problemas específicos debidos a un déficit de memoria de trabajo. Analizaremos la utilización de estructuras temáticas/ remáticas en la expresión conversacional de nuestros informantes.

### **3. Pragmática interactiva**

#### **3.1. LHD y predictibilidad**

Blake (2009) señala entre los rasgos del síndrome de hemisferio derecho, la escasa atención al interlocutor, la escasez de contacto visual, los cambios de tema poco fluidos, la frecuencia de toma de turno y la longitud de los turnos más larga que en las medidas medias de hablantes sin daño cerebral. Las conversaciones tienden a ser autocentradas, y con abundancia de información poco relevante. La bibliografía no ha prestado atención específica al uso de actos de habla dinámicos, es decir, los que ceden el turno y los que apuntan a turnos ajenos (actos de habla retroactivos y proyectivos). Es uno de los ítems concretos del Perfil PerLA; también el PREP incluye preguntas sobre el uso de la palabra.

#### **3.2. LHD y gestión de la toma de turno**

Igualmente, trataremos la toma de turno teniendo en cuenta medidas que ya hemos usado para la afasia, como el Índice de Participación Conversacional y la Agilidad de Turno; ambas variables nos ayudarán a comprobar la carecterística referida por la bibliografía sobre el exceso logorreico, y el exceso participativo de estos hablantes.

#### **4. Lenguaje y espacialidad: agnosias visuales en LHD**

##### **4.1. Las agnosias visuales**

Como ya hemos dicho, el síndrome de hemisferio derecho se asocia con desórdenes neurológicos que afectan al control espacial y a la visión, así como al esquema corporal y la propiocepción. Las agnosias visuales son las alteraciones de la visión que se deben a lesiones neurológicas. La bibliografía presenta muchas posibles clasificaciones:

- Hemianopsia = hemianopia: pérdida de visión en el hemicampo visual (o cuadrante).
- Acromatopsia: pérdida de la capacidad para discriminar y nombrar el color de los estímulos (pero sí pueden nombrar los colores que no ven); asociado a lesiones V4 (giro fusiforme y giro lingual, asociados también al reconocimiento de objetos).
- Acinetopsia: dificultades para reconocer el movimiento ; daños en el área V5 de la corteza visual
- Negligencia: se ignora el campo de visión izquierdo, aunque sí se ve; en algunas ocasiones el espacio visual está más desplazado hacia la izquierda y en otros más hacia la derecha; entre el 13 y el 80% de los lesionados de HD presentan negligencia visual, frecuentemente con anosognosia. Se relacionan con lesiones en la unión entre el lóbulo parietal y el temporal. Blake (2009) ha señalado la necesidad de ser estrictos con el uso terminológico, para no dar la impresión de que las negligencias son intencionales. Las negligencias, además, pueden ser motoras (uso de la parte izquierda del cuerpo), táctil (no hay respuesta a la estimulación táctil), y auditivas (no se perciben los sonidos que vienen de la izquierda).

#### **4.2. Incidencia lingüística de las agnosias visuales**

Hécaen y Albert (1978) señalaron que los problemas espaciales de algunos hablantes con lesión cerebral derecha tenían repercusiones en la praxis de lectura (alexias) y escritura (agrafia espacial):

- Desautomatización de la escritura y, especialmente, de la rúbrica de firma.
- Incapacidad para la lectura holística (rasgo de desigual importancia según la relación logográfica de cada lengua).
- Tendencia a cambiar el tipo de escritura, de la cursiva a la letra de imprenta, con letras aisladas frecuentemente desorganizadas. Ortigue *et al.* (2004: 2548) indican que lesiones en la zona parietal superior derecha provocan que letras, palabras y números aparezcan “perdidas en el espacio”: *“This suggests that the right superior parietal lobe not only plays a role in mediating the control of actions in space, but also in the control of language in space, reinforcing the idea that language and spatial cognition systematically interact”*.
- Hemianopsia o hemianopia: pérdida de visión en la zona contralateral a la lesión; los lesionados HD pueden tener hemianopsia de la zona izquierda del campo de visión;
- Negligencia: ven los estímulos del lado contrario a la lesión (aparecen en su cuadro visual), pero los ignoran.
- Visión ciega (*blindsight*), descrita por Weiskrantz: el paciente es capaz de ver estímulos presentados en su campo visual supuestamente lesionado (dice que no puede ver, pero acierta bastant en la descripción, lo que apunta a un déficit METAvisual; el paciente afirmaba: “área muerta, ninguna sensación, simplemente intento adivinar”); la visión ciega se asociaría a lesiones en el córtex estriado.

#### **4.3. Déficit lingüístico y agnosias visuales**

Como hemos visto, la historiografía nos muestra varios intentos de correlacionar los síntomas afásicos con los síntomas identificados en lesionados HD, aceptando como idea de base para tales correlatos la simetría interhemisférica. Una declaración explícita



*Beatriz Gallardo Paúls: Un programa de investigación sobre pragmática y hemisferio derecho*

de esta búsqueda de paralelismos la encontramos en Ross (1984: 113):

*“It occurred to Ross (1981) that it might be possible to examine the affective components of language and behavior at the bedside utilizing the same strategies as one does for propositional language. Since the eight known categories of aphasia –motor, sensory, conduction, global, transcortical motor, transcortical sensory, anomic, and mixed transcortical- can be classified by observations concerning (1) spontaneous speech (fluency vs. nonfluency), (2) repetition ability, (3) comprehension spoken language, and (4) visual language skills (naming and reading), perhaps patients with focal right hemisphere damage could be evaluated in a similar manner (...) Since the functional-anatomic disturbances of affective language were similar to the aphasias secondary to focal left hemisphere lesions, these disorders were called “aprosodias” (a-pro-so’-di-a-s) and the same modifiers were used to classify them as one uses in aphasia.”*

En este apartado proponemos una clasificación que parte de nuestras propuestas previas de tipificación del déficit lingüístico en las afasias, en las que utilizamos como punto de partida los planteamientos de la lingüística perceptiva. En la medida en que los niveles lingüísticos se explican cognitivamente por las cuatro leyes básicas de percepción, resulta plausible pensar que otro tipo de déficits neurológicos reflejen esa misma organización cognitiva de base; recordemos, además, que las leyes perceptivas se ejemplifican predominantemente con la percepción visual.

La clasificación tradicional de las agnosias visuales (propuesta por Lissauer, a finales del XIX) distingue:

- Agnosias asociativas: se mantiene la percepción, pero no hay reconocimiento de los objetos (no se quejan de no ver); "percepción desprovista de su significado" (Teuber, 1968). Son sujetos que reproducen la imagen del objeto correctamente pero no lo reconocen.
- Agnosias perceptivas: no hay acceso a la percepción de las sensaciones visuales (objetos incompletos); son sujetos que no pueden separar objetos percibidos simultáneamente.

*Beatriz Gallardo Paúls: Un programa de investigación sobre pragmática y hemisferio derecho*

A estas agnosias se suman las

- Negligencias: sujetos que no perciben la parte izquierda del objeto.

Más recientemente se ha identificado un cuarto tipo (Fuinaga et al. 1999):

- Agnosias integrativas: sujetos que perciben partes del objeto pero no las integran en una totalidad.

Al igual que ocurre con la descripción de los déficits verbales, y los intentos confusos e inconsistentes de asignarles una localización anatómica estable, creemos que las agnosias pueden clasificarse también atendiendo exclusivamente al síntoma que muestra el sujeto, esto es, con un planteamiento semiológico, fenomenológico, y holista. Utilizando los planteamientos de la lingüística perceptiva, que define los cuatro niveles del lenguaje de manera coherente con las leyes básicas de la percepción propuestas por Wertheimer, hemos propuesto (Gallardo 2007, 2009) la existencia de cuatro tipos básicos de déficit lingüístico, cada uno de los cuales puede manifestarse en todos los niveles de la gramática:

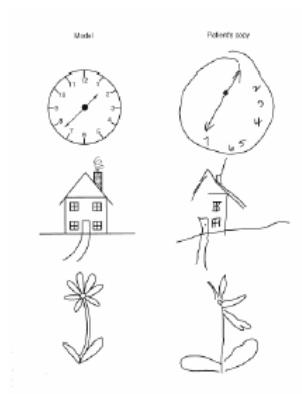
- Déficit de recepción: ley perceptiva del cierre: casos de omisión o sustitución de las unidades regentes o regidas, es decir, que deberían funcionar como un todo íntegro pero que no se manifiestan así.
- Déficit de concordancia: ley perceptiva de igualdad: casos en que el déficit lingüístico se manifiesta mediante discordancias formales entre unidades lingüísticas, con independencia del nivel gramatical.
- Déficit de orden: ley perceptiva de orden: situaciones patológicas donde el hablante no respeta el orden no marcado.
- Déficit de integración: ley perceptiva de la pregnancia o buena forma: alteraciones referidas sobre todo al nivel pragmático y al ajuste contextual de las emisiones.

De forma paralela a esta clasificación perceptiva del déficit verbal, creemos que resulta plausible relacionar las negligencias visuales con la ley perceptiva del cierre y, consecuentemente, con el déficit lingüístico de recepción. He aquí una reproducción de los

*Beatriz Gallardo Paúls: Un programa de investigación sobre pragmática y hemisferio derecho*

clásicos ejemplos que ofrece la bibliografía, en copia y en dibujo espontáneo:

Spontaneous drawing:



A su vez, las agnosias asociativas en las que el hablante es capaz de copiar bien la imagen del objeto pero es incapaz de reconocerlo, y las agnosias aperceptivas, en las que la identificación es errónea, remiten a problemas con la ley perceptiva de la igualdad, y con el déficit lingüístico de concordancia. Los dibujos de copia realizados por estos pacientes muestran que el sujeto es capaz de copiar bien las imágenes presentadas, y sin embargo no logra luego identificar cada objeto; habría, en cierto modo, una separación entre significante (aspecto formal) y significado, entre dimensión locutiva y dimensión proposicional/referencial.

En tercer lugar, las agnosias visuales simultáneas, en las que el paciente es incapaz de percibir estímulos simultáneos (no consigue separarlos linealmente para su identificación), y las agnosias visuales selectivas, en las que el paciente solo ve una parte o un elemento del objeto (no hay linealidad), pueden relacionarse fácilmente con el déficit verbal de orden, y la ley perceptiva de la proximidad.

Finalmente, las agnosias integrativas serían el correlato del déficit lingüístico de integración, que hemos asociado a la ley de la buena forma. Estos pacientes no son capaces de dar coherencia

*Beatriz Gallardo Paúls: Un programa de investigación sobre pragmática y hemisferio derecho*

global a los estímulos que perciben de manera aislada, secuencial, del mismo modo que, según hemos dicho en párrafos previos, son capaces de entender las viñetas aisladas de un cómic pero fallar al integrarlas en una historia coherente.

Obviamente, para dar validez a estos paralelismos, sería necesario un desarrollo ulterior de nuestro proyecto que incluya pruebas específicas de neuroimagen (las cuales se desarrollan por parte del Servicio de Neurología del Hospital Clínico, que nos da acceso a los pacientes, y sin cuya colaboración el proyecto resulta imposible<sup>8</sup>), así como pruebas visuoespaciales para cada hablante grabado.

### ***Bibliografía***

- Ardila, Alfredo (1984a): "Right Hemisphere Participation in Language", en Ardila, Alfredo y Ostrosky-Solis, Feggy (Eds): *Right Hemisphere: Neurology and Neuropsychology*, Nueva York: Gordon and Breach; pp. 99-108.
- Ardila, Alfredo (1984b): "Right Prefrontal Syndrome", en Ardila, Alfredo y Ostrosky-Solis, Feggy (Eds): *Right Hemisphere: Neurology and Neuropsychology*, Nueva York: Gordon and Breach; pp. 171-193.
- Beeman, Mark Jung (1993): "Semantic processing in the right hemisphere may contribute to drawing inferences from discourse", *Brain and Language* 44, pp. 80-120.
- Beeman, Mark Joung; Bowden, Edward M.; Gernsbacher, M. A. (2000): "Right and left hemisphere cooperation for drawing predictive and coherence inferences during normal story comprehension", *Brain and Language*, 71, 310-336.
- Beeman, Mark (1998): "Coarse semantic coding and discourse comprehension", en M. Beeman y C. Chiarello (Eds.): *Right Hemisphere Language Comprehension: Perspective from Cognitive Neuroscience*,. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates; pp. 255-284.
- Bélanger, Nathalie; Baum, Shari R; Titone, Debra (2009): "Use of prosodic cues in the production of idiomatic and literal sentences by

---

<sup>8</sup> Una vez más, queremos dejar constancia de nuestra gratitud al Servicio de Neurología del Hospital Clínico Universitario de Valencia, y la amable receptividad y ayuda de los Dres. José Miguel Láinez y José Miguel Santonja.

*Beatriz Gallardo Paúls: Un programa de investigación sobre  
pragmática y hemisferio derecho*

- individuals with right- and left-hemisphere damage”, *Brain and Language* 110, pp. 38-42.
- Bihrlé, Amy M.; Brownell, Hiram H.; Powelson, J.A.; Gardner, Howard (1986): “Comprehension of humorous and nonhumorous materials by left and right brain-damaged patients”, *Brain and Cognition* 5/4, pp. 399-411.
- Blake, Margaret Lehman (2005): “Right hemisphere syndrome”, en L.L.LaPointe (Ed.): *Aphasia and Related Neurogenic Language Disorders*, New York: Thieme; pp. 213-224.
- Brownell, Hiram H.; Stringfellow, Andrew (1999): "Making Requests: Illustrations of How Right-Hemisphere Brain damage Can Affect Discourse Production", *Brain and Language*, 68-3, July, pp. 442-465.
- Brownell, Hiram H.; Potter, Heather H.; Michelow, Diane; Gardner, Howard (1984): “Sensitivity to lexical denotation and connotation in brain-damaged patients: A double dissociation?”, *Brain and Language* 22, pp. 253-265.
- Bryan, Karen (1989): *The Right Hemisphere Battery*, Londres: Whurr Publ., 1995, 2ª ed.
- Burgess, Curt; Chiarello, Christine (1996): “Neurocognitive Mechanisms Underlying Metaphor Comprehension and Other Figurative Language”, *Metaphor and Symbol* 11/1, pp. 67-84.
- Chantraine, Yves/ Joannette, Yves/ Ska, Bernardette (1998): "Conversational abilities in patients with right hemisphere damage", en M. Paradis (Ed.): *Pragmatics in Neurogenic Communication Disorders*, Nueva York: Elsevier Sc., pp. 21-32.
- Gallardo-Paúls, Beatriz (2006): “Más allá de las palabras y su estructura: las categorías del componente pragmático” E.Garayzábal (Ed.): *Lingüística clínica y logopedia*, Madrid: A.Machado Libros, 81-196.
- Gallardo-Paúls, Beatriz (2007): *Pragmática para logopedas*, Cádiz: Universidad.
- Gallardo-Paúls, Beatriz (2008): “Valoración del componente pragmático a partir de datos orales”, *Revista de neurología*, 48(2): 57-61.
- Gallardo Paúls, Beatriz (2009): “Criterios lingüísticos en la descripción del déficit verbal”, *Verba* 36, 5-57
- Gazzaniga, Michael S.; Sperry, R.W. (1967): “Language after section of the cerebral commissures”, *Brain* 90, pp. 131-148.
- Gorelick, P. B.; Ross, E.D. (1987): “The aprosodias: further functional-anatomical evidence for the organisation of affective language in the right hemisphere”, *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 1987;50:553-560.
- Eisenson, Jon (1959): “Language dysfunctions associated with right brain damage”, *American Speech Hear Association* 1-107.
- Eisenson, Jon (1962) Language and intellectual modifications associated with right cerebral damage. *Language and speech*, 5, 49-53.

*Beatriz Gallardo Paúls: Un programa de investigación sobre pragmática y hemisferio derecho*

- Eisenson, Jon (1973): "Right-brain damage and higher intellectual functions", en J. Eisenson (Ed.) *Adult aphasia*, Appleton-Century-Crofts, Prentice-Hall; 38-41.
- Hough, M S. (1990): "Narrative comprehension in adults with right and left hemisphere brain-damage: Theme organization", *Brain and Language* 38, pp. 253-277.
- Joanette, Yves; Goulet, Pierre; Hannequin, Didier (1990): *Right Hemisphere and Verbal Communication*, Nueva York, Springer Verlag.
- Jung-Beeman, Mark (2005): "Bilateral brain processes for comprehending natural language", *TRENDS in Cognitive Sciences* Vol.9 No.11, pp. 512-518.
- Kita, Sotaro; Lausberg, Hedda (2008): "Generation of co-speech gestures based on spatial imagery from the right-hemisphere: Evidence from split-brain patients", *Cortex* 44, pp. 131-139.
- Kotic, Bella S. (1984): "On the Role of the Right Cerebral Hemisphere in the Speech of Bilinguals", en Ardila, Alfredo y Ostrosky-Solis, Feggy (Eds): *Right Hemisphere: Neurology and Neuropsychology*, Nueva York:Gordon and Breach.
- Mashal, N; Faust, M; Hender, T; Jung-Beeamn, Mark (2008): "Hemispheric differences in processing the literal interpretation of idioms: Converging evidence from behavioral and fMRI studies", *Cortex* 44, pp. 848-860.
- Mariën, Peter; Paghera, Barbara; Deyn, Peter P. De; Vignolo, Luigi A. (2004): "Adult Crossed Aphasia In Dextrals Revisited", *Cortex* 40, pp. 41-74.
- McDonald, Skye (2007): "Neuropsychological Studies of Sarcasm", en Raymond Gibbs y Herbert Colston (Eds): *Irony On Language and Thought*, Routledge, 2007; pp. 217-230.
- Molloy, Raymond; Brownell Hiram H.; Gardner Howard (1990): "Discourse Comprehension by Right-Hemisphere Stroke Patients: Deficits of Prediction and Revision", en Y. Joanette y Hiram H. Brownell (Eds.): *Discourse Ability and Brain Damage*, Nueva York: Springer-Verlag; p. 113-130.
- Moreno Campos, Verónia (2010): *L'avaluació pragmàtica en afàsia*, València: Universitat.
- Müller, Nicole (Ed): *Pragmatics in Speech and Language Pathology. Studies in clinical applications*, Amsterdam/Philadelphía: John Benjamins.
- Papagno, Costanza; Tabossi, Patrizia; Colombo, M. Rosa; Zampetti, Patrizia (2004): "Idiom comprehension in aphasic patients", *Brain and Language*, 89, 226-234.
- Perkins, Michael R. (2000): "The Scope of Pragmatic Disability. A Cognitive Approach", en Müller, Nicole (Ed.): *Pragmatics in speech*

*Beatriz Gallardo Paúls: Un programa de investigación sobre  
pragmática y hemisferio derecho*

- and language pathology. Studies in clinical applications, pp. 6-28; Amsterdam/Philadelphia, John Benjamins.
- Ross, Elliot D. (1984): "Disturbances of Emotional Language with Right Hemisphere Lesions", en Ardila, Alfredo y Ostrosky-Solis, Feggy (Eds): *Right Hemisphere: Neurology and Neuropsychology*, Nueva York: Gordon and Breach.
- Ross, Elliot D.; Mesulam, Marek-Marsel (1979): "Dominant language function of the right hemisphere? Prosody and emotional gesturing", *Archives of Neurology* 36, pp.144-148.
- Santa Cruz Díez, M<sup>a</sup> del Rosario (1996): Hemisferio derecho y procesamiento léxico: efecto de la *imagen y de la clase sintáctica*, Servicio de Publicaciones de la Universidad de La Laguna.
- Silverman, Ilana (2008): Narrative Comprehension In Adults With Right Hemisphere Brain Damage: The Role Of Coherence And Theme Organization, Master's Thesis. Univ. Pittsburg.
- Soroker, Nachum; Kasher, Asa; Giora, Rachel; Batori, Gila; Corn, Cecilia; Gil, Mali; Zaidel, Eran (2005): "Processing of basic speech acts following localized brain damage: A new light in the neuroanatomy of language", *Brain and Cognition*, 57, pp. 214-217.
- Surian, Luca; Siegal, Michael (2001): "Sources of Performance on Theory of Mind Tasks in Right Hemisphere-Damaged Patients", *Brain and Language*, 78, pp. 224-232.
- Teuber, H. L. (1968): "Alteration of Perception and Memory in Man", en L. Weiskrantz (Ed): *Analysis of behavioral change*, Nueva York: Harper and Row; pp. 274-328.
- Tompkins, Connie A. (1995): *Right hemisphere communication disorders*. San Diego: Singular.
- Tompkins, Connie A.; Baumgaertner, Anette; Lehman, Margaret T.; Fossett, T. R. D. (1997): "Suppression and discourse comprehension in right brain-damaged adults: A preliminary report", *Aphasiology* 11, pp. 505-519.
- Tompkins, Connie A.; Lehman, Margaret T.; Baumgaertner, Anette (1999): "Suppression and inference revision in right brain-damaged and non-brain-damaged adults", *Aphasiology* 13, pp.725-742.
- Tompkins, Connie A.; Fassbinder, Wiltrud; Blake, Margaret L.; Baumgaertner, Anette; Jayaram, Nandini (2004): "Inference generation during text comprehension by adults with right hemisphere brain damage: Activation failure versus multiple activation", *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* 48, pp.1380-1395.
- Virtue, Sandra; Haberman, J.; Clancy, Z.; Parrish, Todd; Jung-Beeman, Mark (2006): "Neural activity of inferences during story comprehension", *Brain Research* 1084, pp.104-114.
- Warrington, Elizabeth K.; Taylor, Angela M. (1978): "Two categorical stages of object recognition" *Perception* 7, pp. 695 – 705.

*Beatriz Gallardo Paúls: Un programa de investigación sobre  
pragmática y hemisferio derecho*

- Weinstein, Edwin A.; Keller, N.J.A. (1963): "Linguistic patterns of misnaming in brain injury", *Neuropsychologia* 1, pp. 79-90.
- Zaidel, Eran; Kasher, Asa; Soroker, Nachum; Batori, Gila (2002): "Effects of Right and Left Hemisphere Damage on Performance of the 'Right Hemisphere Communication Battery'", *Brain and Language* 80, pp. 510-535.
- Zwaan, Rolf A.; Langston, Marc C.; Graesser, Arthur, C. (1995): "The construction of situation models in narrative comprehension: an event-indexing model", *American Psychological Society* 6-5, pp. 292- 297.

\* \* \*



## ***Cómo generar una teoría a partir de datos narrativos:***

### ***El caso de la convivencia de niños y enfermos de Alzheimer***

*Xosé Ramón García Soto*<sup>9</sup>

*Psicólogo Clínico*

*Complejo Hospitalario y Universidad de Burgos*

*Miguel Goñi Imízcoz*

*Neurólogo*

*Complejo Hospitalario de Burgos*

#### ***Introducción***

El análisis de textos ha conocido un importante crecimiento metodológico y temático en las últimas décadas, convirtiéndose en una herramienta cada vez más utilizada en las ciencias sociales. Por una parte, los textos narrativos permiten acceder a procesos mentales complejos, difícilmente accesibles a través de la metodología experimental; por otra, el desarrollo de los métodos de análisis cualitativo ha dado a los estudios de textos y narraciones una gran flexibilidad y eficacia (Boyatzis 1998; Braun y Clarke 2006; Fassinger 2005; García Soto 1996; Mehl 2006; Popping 2000; Mehl *et al.* 2005; Riessman 2008; Sidani y Sechrest 1996). Esta combinación de permeabilidad temática y flexibilidad metodológica convierten al análisis de textos en una herramienta particularmente útil para recoger información, explorar los datos y generar teorías en campos poco explorados (García Soto y Goñi, en prensa).

---

<sup>9</sup> Correspondencia: Xosé Ramón García Soto. Area de Personalidad, Evaluación y Tratamiento. Universidad de Burgos. c/ Villadiego s/n. 09001 Burgos. xrgsoto@terra.es.

En este artículo describiremos el proceso de análisis narrativo y generación de teorías, partiendo de una investigación sobre la convivencia de niños y enfermos de Alzheimer (Goñi Imízcoz y García Soto 2007), que utilizó como instrumento de recogida de información relatos infantiles. En primer lugar, describiremos la situación actual de los estudios sobre el tema. Esto nos permitirá apreciar las dificultades iniciales y definir objetivos realistas. En segundo lugar, expondremos en detalle la metodología seguida para obtener el material, analizar la información y generar hipótesis fundadas en los datos. A continuación, ilustraremos el proceso con dos análisis, dirigidos a valorar la comprensión de la enfermedad y la posible existencia de un proceso de adaptación de los niños a la convivencia. Finalmente, en las conclusiones resumiremos las ideas fundamentales del trabajo.

### ***1. La convivencia de niños y enfermos de Alzheimer como objeto de estudio***

La enfermedad de Alzheimer es un cuadro crónico y progresivo, de unos 10 a 12 años de duración, que deteriora las funciones intelectuales y provoca demencia, problemas emocionales, de comportamiento y dependencia progresiva. Se estima que en la actualidad hay unos 400.000 casos en España. Aproximadamente la cuarta parte son cuidados por una hija o hijo que a su vez está criando a sus propios hijos. Esto significa que, en unas 100.000 familias, un número desconocido de niños está conviviendo en distintos grados con la enfermedad y sus efectos sobre la vida familiar (rev. en Goñi Imízcoz y García Soto 2007).

Los riesgos de la convivencia no pasan desapercibidos a los cuidadores y familiares. Aparecen reflejados en trabajos sobre problemas de los cuidadores (Algado, Basterra y Garrigós 1997; Brody 1989; Díaz Domínguez 2002; CEAFA 2003), folletos de asociaciones (Alzheimer's Association s.d., 2006; Alzheimer's Resources Center 2007; AstraZeneca 2003; Fundación Alzheimer España 2004; Haring 2004; Mayo Clinic s.d.; Sánchez s.d.; Winters 2003), y, de modo indirecto, en el abundante material didáctico elaborado para ayudar a los niños a entender la enfermedad (Altman 2002; Baumann y Connors 1996; Den Abeele 2007; Shawver 1996). En conjunto, esta bibliografía nos

proporciona un punto de partida para hacernos una idea de las principales dificultades observadas. Su limitación, en cambio, es que procede de adultos inmersos en la situación de cuidado. Es posible que no refleje adecuadamente la experiencia de los niños (rev. en García Soto y Goñi Imízcoz 2008). Para conocerla, será necesario recoger la información de los propios niños.

Las investigaciones sobre convivencia con enfermos de Alzheimer que utilizan a niños y adolescentes como informantes son escasas y generalmente limitadas a algún aspecto particular. Creasey y Jarvis (1989) estudiaron mediante cuestionarios los efectos del estrés de los padres cuidadores en los niños de 29 familias reclutadas en una clínica de Alzheimer. La edad media de los niños era de 12,9 años. Concluyeron que el estrés de las madres cuidadoras juega un papel importante en cómo perciben los niños a los otros miembros de la familia. Beach (1997) se interesó por las experiencias de cuidado de los adolescentes, centrándose en los posibles efectos positivos de la situación y, en particular, en la evolución de las relaciones personales. Realizó análisis de contenido de entrevistas con 20 jóvenes, encontrando mejoras en las relaciones entre hermanos (incremento de actividades compartidas), con las personas mayores (mayor empatía), con la madre (vinculación afectiva) y con los amigos (selección y mantenimiento de amistades). Szinovacz (2003) se centró en los cambios en la relación entre padres y adolescentes y, más generalmente, en la dinámica familiar, cuando llega al hogar un miembro de la familia con Alzheimer o una demencia semejante. Realizó entrevistas en profundidad a 17 adolescentes de 15 familias, de edades comprendidas entre 12 y 19 años. Concluyó que la situación de cuidado propicia una mejor vinculación con los padres, empatía y respeto por el progenitor que asume el papel de cuidador primario, pero también quejas referidas a la limitación de actividades, tensión del cuidador y disminución de la atención, que parecían influir seriamente en la adaptación de los adolescentes.

El resumen anterior nos muestra que, por una parte, se trata de un tema de repercusiones sociales considerables, sobre el que sería importante disponer de más información, y, por otra, el estado incipiente de la investigación. Hay pocos trabajos y los temas explorados son limitados. No nos ofrecen datos sobre aspectos centrales, como la capacidad de los niños para entender la enfermedad y adaptarse a la convivencia. Tampoco tienen en

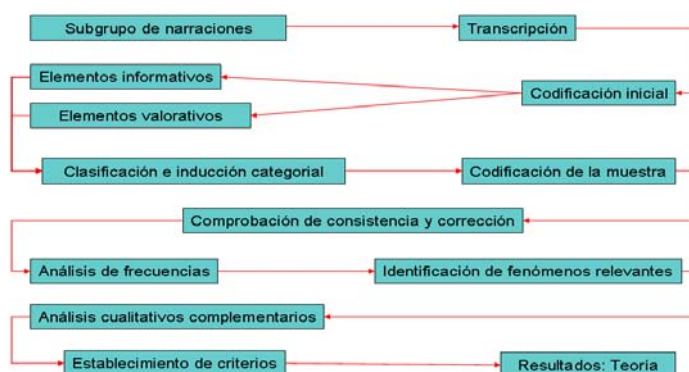
cuenta la variación de situaciones que se produce a medida que la enfermedad cambia con los años. Además, revelan problemas metodológicos importantes, en particular las muestras utilizadas, reducidas y seleccionadas en origen, y, por tanto, poco aptas para demostrar hipótesis (rev. en García Soto y Goñi Imízcoz, en prensa). Parece razonable concluir que corresponden a un estadio pre-experimental de generación de teorías. En esta situación, el análisis cualitativo-cuantitativo de material narrativo parece una buena alternativa.

El uso de métodos cualitativos, como los utilizados por Beach (1997) y Szinovacz (2003), tiene numerosos antecedentes en estudios sobre cuidadores adultos (Algado, Basterra y Garrigós 1997; Butcher, Holkup, y Buckwalter 2001; Gray-Vikrey 1993; Janssen, Almberg, Grafstrom, Winblad 1998; Morgan y Laing 1991; Murray, Schneider, Banerjee y Mann 1999; Perry y Olshansky 1996; Siriopoulos, Brown y Wright 1999; Willoughby y Keating, 1991; Yamamoto 1994; rev. en Vellone, Sansoni y Zichi Cohen 2002) y temas relacionados, como la investigación del estigma y experiencia de la enfermedad mental (rev. en Rasinski, Viechnicki y O'Muircheartaigh 2005). Su interés es triple. Por una parte, permiten explorar temas poco conocidos y solucionar dificultades metodológicas insalvables para los métodos positivos tradicionales. Por otra, son altamente permeables a la expresión de la experiencia individual. Finalmente, proporcionan herramientas flexibles y útiles para entender procesos complejos a partir de descripciones y derivar conceptos e hipótesis a partir de los datos. (García Soto y Goñi, en prensa). Su limitación es que los datos que proporcionan no pueden considerarse concluyentes sin una posterior validación experimental. Esta limitación general es mayor en nuestro tema por los problemas de muestreo que hemos comentado. Sin capacidad para discernir el efecto de las variables implicadas, no se puede considerar que los resultados sean conclusiones probadas, sino hipótesis más o menos razonablemente fundadas, útiles para conocer mejor la situación y guiar trabajos posteriores que las confirmen o rechacen con garantías metodológicas.

## 2. Metodología de la investigación

Con estos supuestos en mente, nos propusimos estudiar la capacidad de los niños para entender la enfermedad y adaptarse a la situación (Goñi Imízcoz y García Soto, 2007). Solicitamos a hijos de cuidadores principales, de 5 a 15 años de edad, que conviviesen o hubiesen convivido recientemente con enfermos de Alzheimer, que explicasen en una redacción de una página qué le pasaba al familiar enfermo, cómo lo veían, qué cosas hacían con él y qué les gustaría hacer. Los niños escribieron su relato en el hogar, sin límite de tiempo y, con una excepción, sin ayuda. Obtuvimos 46 redacciones.

Figura 1.- Procedimiento de análisis



Realizamos un análisis narrativo inspirado en la teoría fundamentada (*grounded theory*) (Glasser 1978; Strauss y Corbin 1988) y los desarrollos para análisis informatizado (Kelle 1995; Fielding y Lee 1998). El programa utilizado para extraer información de las narraciones fue el Salt (Miller y Iglesias 2006). A continuación resumimos el procedimiento analítico simplificado (figura 1), limitándonos a los principales fenómenos estudiados.

Partimos de un grupo de 15 narraciones, que utilizamos para desarrollar el sistema de codificación. La transcripción siguió las

convenciones Salt (Miller y Iglesias 2006), respetando la sintaxis y organización de los textos originales. A continuación señalamos con códigos los límites de cláusula y codificamos el contenido de cada cláusula según dos categorías funcionales amplias: elementos informativos y valorativos. A partir de este punto desarrollamos procedimientos de codificación diferentes para ambos tipos de elementos. En primer lugar, codificamos los distintos elementos o temas informativos, centrándonos especialmente en la descripción de la enfermedad (síntomas, naturaleza de la enfermedad, interferencia en la vida cotidiana). Esta tarea fue relativamente simple, dado que se trata de categorías ya establecidas, que sólo había que identificar en las narraciones (tabla 2) y señalar con el código correspondiente.

Tabla 2 – Síntomas

<b>Cognitivos</b>	<b>Psicológicos y Conductuales</b>	<b>Deterioro Funcional</b>
Memoria	Cambios de personalidad	Actividades complejas
Lenguaje	Afectivos	Actividades instrumentales
Praxias	Sensoperceptivos	Actividades básicas
Gnosias	Delirios, falsas interpretaciones	
Función ejecutiva	Problemas de conducta	

Después codificamos los elementos valorativos, para las que no disponíamos de un sistema de clasificación previo. La solución que escogimos fue compilar todas las valoraciones y clasificarlas en categorías, especificando los criterios de inclusión en cada una. Se obtuvieron así (tabla 3) tres grandes categorías valorativas dicotómicas (actitud hacia la enfermedad, experiencias interpersonales, sentimientos y afectos). Comprobamos su consistencia aplicándolas cada autor de modo independiente a 10 narraciones. Todos los casos de discrepancia fueron analizados

nuevamente hasta conseguir un acuerdo. Una vez completadas, ambas codificaciones se aplicaron a la muestra completa.

Tabla 3. Valoraciones

Actitud hacia la enfermedad
Positiva – Aceptación de la enfermedad (comparación positiva con otros enfermos o con otros niños que no tienen abuelos, disculpa, acostumbrarse, aprender)
Negativa – Dificultades relacionadas con la enfermedad (confusión, imposibilidad de lucha, desconocimiento, miedo, preocupación; dolor, incredulidad, nostalgia)
Experiencia interpersonal
Positiva – Experiencias interpersonales satisfactorias (“me lo paso bien”, “me gusta estar con él”, “nos reímos”, felicidad, alegría)
Negativa – Experiencias interpersonales conflictivas (“me desprecia”, “no me hace caso”, “me pega”, “me grita”)
Sentimientos y afectos del niño
Positivos - (reconocimiento o agradecimiento, amor, ayuda, cariño, compasión, lucha contra la tristeza, “me quiere”)
Negativos - (tristeza, llanto, molestia, problema).

Una vez preparado el material narrativo, pasamos a extraer y analizar las frecuencias de cada código, tomando como en unos casos la presencia o ausencia en cada narración, y en otros la frecuencia absoluta de cada código. Dependiendo del tipo de fenómeno estudiado, nos limitamos a descripciones cualitativas o aplicamos pruebas no paramétricas de significación estadística. Obtuvimos así una imagen de los temas que los niños consideran relevantes a la hora de describir la situación de sus familiares y otra de las valoraciones que realizan. Análisis cualitativos complementarios permitieron explorar la riqueza y exactitud de las descripciones y ayudarnos a identificar los criterios que cumple cada tema estudiado. El conjunto de criterios obtenidos forma una teoría sobre el conocimiento y adaptación infantil a la enfermedad

de Alzheimer. A continuación ilustraremos el procedimiento seguido.

### **3. Ejemplo de análisis cualitativo**

El primer objetivo de nuestro trabajo fue valorar la capacidad de los niños para entender la enfermedad. Disponíamos de un material interesante para ello, ya que la primera de las preguntas que planteamos a los niños, “¿qué le pasa al abuelo?”, generó gran parte de la información contenida en los relatos. Estudiando esa información pudimos ver qué síntomas describían, la calidad de las descripciones, en cuáles se fijaban más, desde qué edad aparecían, etc., etc. Con esos datos es posible hacerse una idea de su capacidad de comprensión. En primer lugar daremos unas indicaciones cuantitativas, y a continuación un análisis cualitativo.

De los 45 narradores, 37, el 82%, describen algún síntoma cognitivo. Los síntomas de personalidad y conducta son descritos por el 64% y los de deterioro funcional por el 56%. De modo que los cognitivos son los más descritos. Esta medida no tiene en cuenta cuántas veces se describen, sino el número de narradores que lo hacen alguna vez. Esto nos permite una primera estimación de la capacidad para comprenderlos, que en ningún caso sería inferior al 82%. Un análisis completo exigiría un análisis adicional de los relatos que no los incluyen. Nótese que la ausencia de un tema en una narración carece de significado interpretable, dado que no hicimos preguntas directas. En cambio, si un niño trata espontáneamente un tema podemos pensar que otro de su misma edad y capacidades, aunque no hable de él, también puede entenderlo.

Veamos ahora los distintos síntomas cognitivos desglosados: problemas de memoria, gnósticos o de reconocimiento, de lenguaje, práxicos o gestuales, y ejecutivos o de capacidad para planificar y realizar algo. La tabla 4 nos da esa información, además de la edad de aparición. Por claridad, se han redondeado los porcentajes.



Tabla 4. Síntomas

	Narradores que los describen		Edad de aparición <sup>10</sup>
	Número	Porcentaje	
<b>Memoria</b>	27	59%	6
<b>Gnosias</b>	13	28%	10
<b>Lenguaje</b>	12	26%	8
<b>Praxias</b>	4	9%	6
<b>Ejecución</b>	4	9%	6
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>82%</b>	<b>6</b>

Como puede verse, el déficit cognitivo más prevalente en la enfermedad de Alzheimer es también el que más niños describen: casi el 60% hablan de los problemas de memoria. Coinciden aquí la naturaleza de la enfermedad y la percepción infantil. El resto de los déficits aparece con mucha menor frecuencia.

¿Cómo son esas descripciones? Para realizar un análisis cualitativo extraemos de las narraciones las distintas descripciones y las clasificamos. Vemos así que hay caracterizaciones generales (“Se le olvidan las cosas.” Adrián, 6a; moderado), con frecuencia relacionadas con las actividades cotidianas (“Se la olvida donde está su habitación, el frigorífico y el enchufe de la luz.” Mario 6a; leve). Este último ejemplo muestra cómo los niños tienden a explicar otros déficits, como la desorientación, como problema de memoria. Otras caracterizaciones nos muestran cómo los niños entienden el deterioro selectivo de la memoria reciente (“Mi abuela recuerda siempre mejor las cosas del pasado que del

---

<sup>10</sup> La edad mínima de la muestra son 6 años. Aunque se recogió el relato de una niña de 5 años, finalmente se la excluyó de la muestra porque su relato fue escrito por un adulto que hizo preguntas y recogió sus respuestas.

*Xosé Ramón García Soto y Miguel Goñi. Cómo generar una teoría a partir de datos narrativos*

presente.” Aroa, 10a; leve) y la evolución del problema (“Cada día se le olvidan más las cosas y hay que estar recordándoselas constantemente.” Lidia 9a; leve). Una narradora de 10 años hace una excelente descripción del ciclo de deterioro de la memoria:

*“La enfermedad que tiene mi abuelo se llama alzheimer y poco a poco se le van olvidando las cosas pero el abuelo no ha sido siempre así. (...) Me parecía imposible que al abuelo poco a poco se le iría olvidando todo los nombres, hablar, caminar, etc... El tiempo ha pasado y aquello que me explicaron mis padres ha ido ocurriendo. Primero no se acordaba de las cosas hasta que llegó a olvidarse de nuestros nombres. Se olvidó escribir, leer, colorear y hacer unas casitas muy bonitas que él hacía.” (Miriam 10a; avanzado).*

Las dificultades de memoria, en resumen, son descritas por niños de todas las edades. Al menos desde los 6 años parecen entenderse correctamente. Además, aparecen bien diferenciados los problemas de memoria reciente y remota y otras características del deterioro.

Del estudio anterior podemos extraer tres criterios de calidad descriptiva. En primer lugar, corrección de las descripciones: no existen síntomas mal descritos. En segundo lugar, completud: se describen todos los síntomas. En tercer lugar, relación con la edad: los aspectos más llamativos se describen con precisión desde los 6 años; los aspectos menos perceptibles son descritos desde los 8-10 años. La teoría resultante, que incorporó otros análisis no incluidos aquí, fue que la capacidad general para comprender la enfermedad es aceptable.

#### ***4. Ejemplo de análisis cuantitativo***

A continuación expondremos un análisis cuantitativo del proceso adaptativo. El problema es el siguiente. Como acabamos de ver, los niños describen con precisión los diferentes síntomas propios del Alzheimer. No sabemos, sin embargo, con qué exactitud reflejan la situación particular de su familiar. Puede suceder que un narrador describa con precisión determinado problema, pero que

ese síntoma no sea representativo del estado actual del enfermo. De hecho hay tres posibilidades teóricas: que el niño refleje la situación real, que la presente como más grave de lo que es realmente o que disminuya su importancia. Un modo de comprobar esta hipótesis podría ser comparar un índice objetivo de la situación del enfermo con otro estimado a partir de su narración. Si ambos coinciden, podemos concluir que la narración refleja el estado de cosas. Sería un indicador de éxito adaptativo. Por el contrario, si la narración ofrece una imagen magnificada o minimizada del problema, deberíamos concluir que el niño atraviesa una etapa de adaptación. Finalmente, si existe relación entre estas tendencias y las fases de la enfermedad, podríamos argumentar que existe un ciclo adaptativo.

Para estudiar este aspecto partimos del índice de deterioro, una cifra que nos indica los la fase en que se encuentra el enfermo y que conocemos en treinta y cuatro enfermos. Comparándolo con lo que nos cuenta el niño podemos hacernos una idea de hasta qué punto refleja la situación actual. Para comprobarlo seguimos el siguiente procedimiento. Uno de los autores extrajo de cada narración los códigos de síntomas de la enfermedad, suprimiendo de la transcripción los datos identificativos y el índice de deterioro. Una vez realizado este trabajo, el otro autor, con una amplia experiencia en valoración de la enfermedad de Alzheimer, revisó el material y, a partir de los síntomas, estimó el nivel de deterioro o etapa de cada enfermo, tal como lo describe su nieto. A continuación clasificamos a los narradores según el nivel de deterioro del abuelo (inicial, medio, avanzado) y comparamos el índice de deterioro real con el estimado. La tabla 5 muestra los resultados.

En el grupo de nietos de enfermos leves (estadio inicial) el índice estimado es significativamente mayor que el real (prueba de Wilcoxon:  $z: -2,887$ ; Sig. asintót. bilateral: 0,004). Esta es la tendencia que hemos llamado magnificación. En el grupo de nietos de enfermos en el estadio medio no hay diferencias significativas entre ambos índices (prueba de Wilcoxon:  $z: -1,000$ ; Sig. asintót. bilateral: 0,317). Es lo que llamábamos presentación centrada en la situación real. En cuanto al estadio avanzado, el deterioro estimado es significativamente menor que el real (prueba de Wilcoxon:  $z: 3,419$ ; Sig. asintót. bilateral: 0,001). Es la tendencia a la minimización.

Tabla 5. Comparación de la descripción con el estado real del abuelo

<b>Deterioro estimado</b>	<b>Número de niños</b>		
	<b>Estado real</b>		
	<b>Inicial</b>	<b>Medio</b>	<b>Avanzado</b>
<b>Mayor</b>	9	-	-
<b>Igual</b>	5	4	1
<b>Menor</b>	-	1	13

Estos datos sugieren que hay relación entre la etapa en que se encuentra el abuelo y cómo elabora el nieto su descripción. La tendencia a presentar la situación del abuelo peor de lo que realmente es, es característica de nietos de enfermos leves. La tendencia a hacer descripciones objetivas parece propia de los nietos de enfermos en la etapa intermedia. Finalmente, la tendencia minimizadora, muy escasa hasta entonces, se generaliza en la etapa avanzada.

A la luz de estos datos podemos formular una hipótesis: magnificación, objetividad y minimización tienen diferente significado adaptativo. La percepción agrandada del problema, propia de una situación de límites mal conocidos, como es la fase inicial, sugiere desborde ante el impacto de la enfermedad y los cambios que provoca. La presentación centrada en la situación actual, característica de la etapa intermedia, sugiere que, con el paso del tiempo, mejora la capacidad de los niños para percibir y describir el problema tal como se da en el momento de escribir el relato. Es un indicador de éxito adaptativo. En cuanto a la minimización, sugiere una reacción ante el agravamiento irreversible de la situación. Puede ser patológica si deriva hacia la negación, o adaptativa si ayuda al niño a aceptar la experiencia. En conjunto, las tres tendencias nos dan una idea de cómo pueden evolucionar los niños a lo largo de las etapas de la enfermedad y de su capacidad para elaborar la información. La teoría resultante incorpora dos aspectos. El primero es que las descripciones son

sensibles a las etapas de la enfermedad. El segundo, que parece darse un ciclo adaptativo con respuestas diferentes en cada etapa.

## **5. Conclusiones**

Los datos expuestos sólo pretenden ilustrar el proceso de análisis y generación de hipótesis seguido. Con procedimientos semejantes obtuvimos tres hipótesis generales. La primera se refiere al conocimiento de la enfermedad y afirma que, al menos desde los 6 años, hay una capacidad aceptable para comprender correctamente los síntomas y características de la EA. La segunda se refiere al proceso adaptativo y afirma que desde al menos los 6 años muestran una capacidad suficiente para adaptarse al problema y disfrutar de la relación con el enfermo. La tercera se refiere a los cambios que se suceden a lo largo de la enfermedad, y afirma que las etapas de la enfermedad actúan como marcapasos del desarrollo de las ideas que manejan los niños y de las valoraciones que realizan. En conjunto, forman una teoría fundada en los datos.

La principal limitación del método ya ha sido apuntada: nuestras hipótesis deberán ser verificadas o refutadas mediante procedimientos experimentales. Su mayor interés, en cambio, es, precisamente, proporcionar conocimiento fundado en un terreno novedoso, con problemas de muestreo sin resolver y a partir de un instrumento elemental de recogida de información.

## **Bibliografía**

- Abeele van Den, V., y Dubois, C. (2007): *Still My Grandma*. Grand Rapids, MI: Eerdmans Books.
- Algado, M.T., Basterra, A. y Garrigós, J.I. (1997): Familia y enfermedad de Alzheimer. Una perspectiva cualitativa. *Anales de psicología*, vol. 13, pp. 19-29.
- Altman, L.J. (2002): *Singing with Mama Lou*. New York: Lee y Low Books.
- Alzheimer's Association (s.d.): How does Alzheimer's disease impact children and teens?. [www.alz.org](http://www.alz.org) [Visto 12/VIII/2003]
- Alzheimer's Association (2006): Helping children and teens understand Alzheimer's disease. [www.alz.org](http://www.alz.org). [Visto 25/VII/2006]
- Alzheimer's Resources Center (2006): Dementia and Children. Carers' advice sheet 515. [www.alzheimers.org.uk](http://www.alzheimers.org.uk). [Visto 7/II/2008]

Xosé Ramón García Soto y Miguel Goñi. *Cómo generar una teoría a partir de datos narrativos*

- AstraZeneca (2003) Guía cope de asistencia a los miembros más jóvenes de la familia. <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd51/cope.pdf> [visto 7/II/2008]
- Baumann, K., Connors, E.R. (1995): *Through Tara's Eyes: Helping Children Cope With Alzheimer's Disease*. American Health Assistance Foundation.
- Beach, D. L. (1997): Family caregiving: The positive impact on adolescent relationships. *The Gerontologist*, Vol. 37, pp. 233-238.
- Boyatzis, R.E. (1998): *Transforming Qualitative Information. Thematic Analysis and code development*. Thousand Oaks, California: Sage.
- Braun, V. y Clarke, V. (2006): Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101.
- Brody, E. M. (1989): The family at risk. In E. Light, y B. D. Lebowitz (Eds.), *Alzheimer's disease treatment and family stress: Directions for research* ( pp. 2-49). Rockeville, MD: National Institute of Mental Health.
- Butcher, H. K. y Holkup, P. A. y Buckwalter, K. C. (2001): The experience of caring for a family member with Alzheimer's disease. *Western Journal of Nursing Research*, Vol. 23, pp. 33-55.
- CEAFA (2003): Día mundial del alzheimer 2003. Los costes de la enfermedad de Alzheimer . [www.ceafa.org/archivos/4cdiamundial\\_2.htm](http://www.ceafa.org/archivos/4cdiamundial_2.htm). [Visto 7/II/08]
- Creasey, G. L., Jarvis, P.A.(1989): Grandparents with Alzheimer's disease: Effects of parental burden on grandchildren. *Family Therapy*, Vol. 16, pp. 79-85.
- Díaz Domínguez, M.A. (2002): El paciente de Alzheimer y su entorno familiar. En Antonio G. García y Luis Gandía (Eds.) *Fronteras en la enfermedad de Alzheimer*, pp. 279-289. Madrid: Farmaindustria e Instituto y Fundación Teófilo Hernando, Universidad Autónoma de Madrid.
- Fassinger, R.E. (2005): Paradigms, Praxis, Problems, and Promise: Grounded Theory in Counseling Psychology Research. *Journal of Counseling Psychology*, Vol. 52, pp.156-166.
- Fielding, N. G. y Lee, R. M. (1998): *Computer analysis and qualitative research*. London: Sage.
- Fundación Alzheimer España (2004): Repercusiones de la Enfermedad de Alzheimer en la Unidad Familiar. [www.fundacionalzheimeresp.org](http://www.fundacionalzheimeresp.org) [Visto 7/II/2008]
- García Soto, X.R. (1996): *Era unha vez un neno... Estudio da evolución da linguaxe de nenos galego-falantes*. Santiago: Sotelo Blanco.
- García Soto, X.R. y Goñi Imízcoz, M. (2008): Los nietos de enfermos de Alzheimer: Conocimiento y valoración de la enfermedad. En M. Fernández Hawrilak e I. García Alonso (Coords.) *Orientación familiar: Las personas mayores*, pp. 65-86. Burgos: Universidad de Burgos.

Xosé Ramón García Soto y Miguel Goñi. *Cómo generar una teoría a partir de datos narrativos*

- García Soto, X.R. y Goñi Imízcoz, M. (en prensa): Análisis cualitativo de narraciones en la investigación en salud mental: La convivencia de niños y enfermos de Alzheimer. En C.M. Bretones Callejas (Ed.) *De la lingüística aplicada a la lingüística de la mente*. Almería: Universidad de Almería - Asociación Española de Lingüística Aplicada.
- Glaser, B. G. (1978): *Theoretical sensitivity: Advances in the methodology of grounded theory*. Mill Valley, CA: Sociology Press.
- Goñi Imízcoz, M. y García Soto, X.R. (2007): *¿Qué le pasa al abuelo? Los niños y la enfermedad de Alzheimer*. Barcelona: Prous Science.
- Gray-Vickrey, M. A. (1993): The lived experience of caring for a spouse with Alzheimer's disease: An investigation of rural and urban caregivers. *Dissertation Abstracts International*, 54(06), 2994B. (UMI No. 9330432).
- Haring, K.L. (2004): Alzheimer's in the family: How Parents Can Help Children Cope. *Massachusetts Chapter Newsletter*, Vol. 22.
- Janssen, W., Almborg, B., Grafstrom, M. y Winblad, B. (1998): A daughter is a daughter for the whole of her life: A study of daughters' responsibility for parents with dementia. *Health Care in Later Life*, Vol. 3, pp. 272-284.
- Kelle, U. (1995): *Computer-aided qualitative data analysis: Theory, methods and practice*. London: Sage.
- Mayo Clinic (s.d): Alzheimer's: Helping children understand the disease. [www.mayoclinic.com](http://www.mayoclinic.com). [Visto 26/IV/2006]
- Mehl, M. R. (2006) : Quantitative Text Analysis. En M. Eid, Michael y E. Diener (Eds) *Handbook of multimethod measurement in psychology*, pp. 141-156. Washington, DC: American Psychological Association.
- Miller, J., y Iglesias, A. (2006): *Systematic Analysis of Language Transcripts. V9* [Computer Software]. Madison, Wisconsin: Language Analysis Lab, University of Wisconsin-Madison.
- Morgan, D. G., Laing, G. P. (1991): The diagnosis of Alzheimer's disease: Spouse perspectives. *Qualitative Health Research*, Vol. 1, pp. 370-387.
- Murray, J. Schneider, J., Banerjee, S. y Mann, A. (1999): Eurocare: A cross-national study of co-resident spouse carer for people with Alzheimer's disease: II-A qualitative analysis of the experience of caregiving. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, Vol. 14, pp. 662-667.
- Perry, J. y Olshansky, E.F. (1996): A family coming to terms with Alzheimer's disease. *Western Journal of Nursing Research*, Vol. 18, pp. 12-28.
- Popping, R. (2000): *Computer-assisted Text Analysis*. London: Sage.
- Rasinski, K.A., Viechnicki, P. y O'Muircheartaigh, C. (2005): Methods for Studying Stigma and Mental Illness. En P.W. Corrigan, (Ed). *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social*

*Xosé Ramón García Soto y Miguel Goñi. Cómo generar una teoría a partir de datos narrativos*

- change*, pp. 45-65. Washington: American Psychological Association.
- Riessman, C.K. (2008): *Narrative methods for the human sciences*. Thousand Oaks (California): Sage.
- Sánchez, M. (s.d.): Impacto de la enfermedad de Alzheimer en la familia. [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/impacto\\_de\\_la\\_enf\\_al\\_zheimer\\_en\\_la\\_familia.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/impacto_de_la_enf_al_zheimer_en_la_familia.pdf). [Visto 7/II/2008]
- Shawver, M.A.. (1996): *What's Wrong With Grandma? A Family Experience With Alzheimer's*. New York: Prometheus Books.
- Sidani, S. y Sechrest, L. (1996) Analysis and Use of Qualitative Data. *Advances in Research Methodology*. NIDA: *Research Monograph*, 165.
- Siriopoulos, G., Brown, Y. y Wright, K. (1999): Caregivers of wives diagnosed with Alzheimer's disease: Husbands' perspectives. *American Journal of Alzheimer's Disease*, Vol. 14, pp. 79-87.
- Strauss, A., y Corbin, J. (1998): *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Szinovacz, M. E. (2003): Caring for a demented relative at home: Effects on parent-adolescent relationships and family dynamics. *Journal of Aging Studies*, Vol. 17(4), pp. 445-472.
- Vellone, E., Sansoni, J. y Zichi Cohen, M. (2002): The experience of Italians caring for family members with Alzheimer disease. *Journal of Nursing Scholarship*, Vol. 34, No. 4, pp. 323-329.
- Willoughby, J. y Keating, N. (1991): Being in control: The process of caring for a relative with Alzheimer's disease. *Qualitative Health Research*, Vol. 1, pp. 27-50.
- Winters, S. (2003): Alzheimer Disease from a Child's Perspective. *Geriatric Nursing*, 24, pp. 36-39.
- Yamamoto, N. (1994): *Coming to terms with the reality of having to take care: The experience of Japanese women caring for an elderly parent (or parent-in-laws) with dementia*. Unpublished dissertation, University of California, San Francisco.

\* \* \*



## ***La comprensión del lenguaje: La producción de inferencias en la mente y en el cerebro.***

*José A. León (Universidad Autónoma de Madrid)*

*Inmaculada Escudero (Universidad de Nebrija, Madrid)*

Hace ya algún tiempo que un psicólogo llamado Jerome Bruner (1957) identificaba la mente humana con una "máquina de inferencias", al referirse a su destreza para activar el conocimiento ya almacenado y utilizarlo para organizar e interpretar la nueva información entrante, a través de complejas relaciones abstractas no provenientes de los estímulos. Esta idea sigue formando parte de la concepción actual sobre inferencias y el papel que juegan en la comprensión. Tanto es así que hoy se asume que cualquier proceso de comprensión del discurso conlleva un fuerte componente inferencial presente, tanto en el dominio local del procesamiento de oraciones, como en el más global o situacional en el que se sitúa el discurso. Ambos niveles se consideran interrelacionados. Así, desde el recinto más local y dado el carácter lineal de la lectura, las oraciones constituyen el paso obligado por el que se identifica, retiene y relaciona aquella información considerada clave para seguir la pista de ideas más globales. Por otro lado y cumpliendo con la propiedad de coherencia global que el texto requiere, estas ideas suelen estar diseminadas y mezcladas en segmentos más amplios del discurso (e.g. párrafos, apartados, capítulos completos...), siendo la captación de tales ideas uno de los objetivos más preciados de los procesos involucrados en el dominio más global.

Buena parte de los estudios sobre inferencias se han acotado dentro del discurso escrito, debido a que el texto permite estructurar y controlar muchas variables que afectan a su contenido de manera más precisa que el discurso oral, más natural y espontáneo. Esta es la razón por la que nos referimos a un lector imaginario como el sujeto de estudio. La disciplina que viene dedicándose de manera profusa al estudio de las inferencias es la

denominada *psicología de la comprensión del discurso* o, si se prefiere, *la psicología del texto o del discurso*. Además de otros propósitos encaminados a explicar los procesos de comprensión y de la lectura, esta disciplina se ha encargado de profundizar en el estudio de todo tipo de inferencias pragmáticas que tienen lugar en diversos contextos de comunicación. Por eso el psicólogo del discurso investiga en las representaciones cognitivas, en los procesos, procedimientos y estrategias que la mente humana genera cuando comprendemos o producimos un discurso. Es cierto que este objeto de estudio también se comparte con otras ramas de la psicología (e.g., psicología cognitiva, psicología de la lectura y de la escritura, psicología de la memoria, psicología del desarrollo, psicología del pensamiento y lenguaje,...) pero en este caso, las inferencias sería “su” objeto de estudio, aunque necesariamente necesite de otras disciplinas para desarrollar su tarea. Tampoco se sitúa dentro de lo que denominamos psicolingüística, cuya área de conocimiento se centra fundamentalmente en el procesamiento de oraciones y no tanto en segmentos más amplios del discurso. En cualquier caso, la psicología del texto está estrechamente relacionada con un amplio campo interdisciplinar que aborda cuestiones más allá de la lingüística, entre las que destacan la retórica, la literatura, la sociología, la antropología, la filosofía, la educación, la comunicación y nuevas tecnologías, las ciencias de la computación, las ciencias y neurociencias cognitivas.

Gracias a esta aportación sumatoria e interdisciplinar disponemos actualmente de una importante cantidad de conocimientos sobre el tema. Este enfoque interdisciplinar ha mejorado profundamente el conocimiento de lo que hoy sabemos. En todos estos casos, el estudio sobre las inferencias supone indagar en claves que nos permiten conocer de manera más precisa cómo comprendemos una determinada información, cómo la procesamos y qué mecanismos entran en juego. En otras palabras, conocer mejor la funcionalidad de la mente de manera general, y del estudio del lenguaje e inferencias en particular. Así, si el interés de la lingüística recae básicamente en la descripción del lenguaje mismo y de sus principios generales, para los psicólogos, en cambio, son las funciones y mecanismos psicológicos implícitos (e.g., la memoria, las operaciones que ejecuta el lector, inferencias,...) su objeto de estudio. Las ciencias de la computación, por su parte, están más interesada en la investigación

tecnológica, en elaborar algoritmos que realicen cálculos lingüísticos de un modo eficiente. La neuropsicología del lenguaje estudia el deterioro selectivo de las funciones de la lectura y el lenguaje asociado a lesiones cerebrales.

En los últimos años, el estudio de las inferencias ha adquirido tanta relevancia que actualmente se considera el núcleo de la comprensión e interpretación de la realidad y, por tanto, uno de los pilares de la cognición humana. Desvelar las claves de su funcionamiento permitiría comprender mejor no sólo el funcionamiento mental o la adquisición de conocimiento, sino el procesamiento del lenguaje, tanto el explícito como implícito, y su implicación en el cerebro. Desde hace mucho tiempo se sabe, por ejemplo, de la existencia de dos áreas cerebrales relacionadas estrechamente con el lenguaje, a saber, el área de Broca y el área de Wernicke, ambas localizadas en el hemisferio izquierdo del cerebro. Sin embargo, desde hace relativamente poco tiempo, sabemos que hay más áreas cerebrales implicadas y que participan muy activamente en ambos hemisferios. En este capítulo abordaremos algunas de estas cuestiones relativas a las estrechas relaciones entre mente y cerebro, no sin antes detenernos en saber algo más de las inferencias responsables de todo el lenguaje implícito que media en los procesos de comprensión e introducimos, aunque sea de manera breve, en este mundo fascinante del estudio del lenguaje implícito y de sus implicaciones en la mente y el cerebro, así como algunas de sus repercusiones en el estudio del lenguaje y de sus alteraciones.

### ***1. Sobre el concepto de inferencia***

Una inferencia podría ser definida como aquellas ideas que, no estando incluidas en un mensaje, son capturadas por la representación interna del lector. Las inferencias se identifican así con representaciones mentales que el lector construye al tratar de comprender el mensaje leído u oído, sustituyendo, añadiendo, integrando u omitiendo información del texto. Son fundamentales porque tienen un altísimo valor adaptativo para predecir conductas, para entender la realidad, para comprender mensajes abstractos. Gracias a las inferencias podemos desvelar lo "oculto" de un mensaje, leer entre líneas, hacer explícita en nuestra mente la

información implícita del mensaje. De una manera general, podríamos afirmar que cualquier información que se extrae del texto y que no está explícitamente expresada en él puede considerarse, *de facto*, una inferencia. O dicho de otra manera, toda información implícita es generada mediante inferencias. Con ellas generamos expectativas sobre una situación dada y que nos parece cierta, aunque no sea necesariamente así.

La forma más intuitiva en que nos podríamos imaginar sobre cómo podríamos generar estas inferencias o, mejor dicho, sobre cómo realiza esta tarea nuestra sorprendente máquina que es nuestra mente, podría considerarse muy sencilla y simplificada si a la hora de codificar cada oración del texto le correspondiese tan sólo una idea que fuese representada proposicionalmente como una unidad en el cómputo de la comprensión. Dicha tarea podría realizarse de una manera cuasi automática, y consistiría básicamente en la extracción de la información de la *base del texto*, esto es, de la información explicitada en el texto. Pero la realidad no suele ser tan simple y mecánica ya que, por un lado, los textos u otras formas de discurso suelen presentarse con oraciones que pueden contener varias ideas y proposiciones y, por otro, otras ideas y proposiciones relacionadas a lo leído se añaden desde el *conocimiento previo del lector*. Es precisamente el conocimiento del que dispone el lector y su relación con lo que se lee, el motor que induce a la realización de inferencias. Esto explica la importante variedad de inferencias que pueden ser producidas mientras se lee. Así, las inferencias pueden ser consideradas como heurísticos que pueden relacionarse con algún aspecto del significado -espacio, tiempo, causalidad, lógica, naturaleza, artificio, abstracción o concreción (Just y Carpenter 1987). E incluso desde un enfoque más global, podríamos afirmar que cualquier información que se extrae del texto y que no está explícitamente expresada en él puede considerarse una inferencia (McKoon y Ratcliff 1992).

La comprensión del discurso supone, por tanto, una función inferencial muy compleja. Partiendo de unos contenidos descritos en un texto, el lector elabora un conjunto de proposiciones explícitas o inferidas y, al mismo tiempo, construye un modelo situacional a partir de las ideas o proposiciones disponibles. El resultado final es que siempre acabamos procesando más información de la que leemos de manera explícita. Se une lo que se

*José Antonio León e Inmaculada Escudero. La producción de inferencias en la mente y el cerebro*

ha leído u oído con aquello que sabemos acerca de algo. Un ejemplo que puede ilustrar lo que venimos afirmando hasta ahora es el siguiente:

*Rosa llevaba dos años trabajando intensamente en un guión, pero no acababa de redondearlo. Por fin, después de un último esfuerzo, se lo entregó a su editor. Recuperó el crédito de sus lectores y obtuvo, tres años más tarde, un premio al mejor guión original (León, 1996, p.56).*

Una vieja idea sugerida por Roger Schank (1975) aludía a que si sumásemos el número de significados que posee cada una de las palabras que componen este párrafo, su resultado siempre será menor al cómputo total de ideas que el lector necesita activar para comprender este mensaje. En efecto, lo que se dice en este párrafo no podría comprenderse si no se tuviesen en cuenta ideas que no se reflejan explícitamente en el texto. A saber: que *Rosa* es presumiblemente el nombre de una escritora y no el de una flor; que el *guión* se refiere a un escrito y no a un tipo de esquema mental o a un signo lingüístico; que *redondear* no implica necesariamente la acción de dar forma circular al escrito, como de acabarlo; que el *crédito* no obedece en este caso a una transacción bancaria, como de recuperar la confianza de sus adeptos. La acepción correcta de cada una de estas palabras es asignada en función del contexto por medio de la elaboración de inferencias. Pero la tarea de las inferencias no termina aquí. El texto presupone, además, otras muchas ideas que no aparecen explícitamente en él y que son requeridas para su correcta comprensión. El lector debe disponer previamente de ideas tales como que los escritores tienden normalmente a escribir; que lo suelen hacer de manera periódica; que escribir es una ocupación lenta y costosa; que hay profesionales que viven de sus escritos; que los libros se hacen con el objetivo de que se lean; que los libros se editan, salen al mercado y se venden; que los lectores suelen leer textos u otro tipo de material escrito; que los escritores tienden a tener en mayor o menor grado lectores que les admiran; que los guiones son textos; que los guiones también son útiles y necesarios para realizar una película; que sobre las películas realizadas se convocan premios,... Estas ideas que supuestamente posee el lector, son conectadas con la información extraída del texto, a través de inferencias y posibilitan el que elabore un referente de la situación muy rico en ideas y le permiten generar el

*José Antonio León e Inmaculada Escudero. La producción de inferencias en la mente y el cerebro*

contexto social o las intenciones del personaje en este párrafo. Así, podemos *inferir* que ese guión triunfó; que previamente a este guión el prestigio de la escritora estaba en cuestión, probablemente por alguna obra anterior poco elaborada; que el guión era nuevo, que sirvió de argumento a una película y que probablemente por ello, obtuvo un premio; que ese pudiera ser el objetivo de la escritora, etc.

Como hemos podido observar, "comprendemos más" de lo que leemos de manera explícita. El ejemplo elegido podría representar una situación cotidiana de lectura. En situaciones como estas, la información fluye sin necesidad de que se hagan explícitas todas las ideas requeridas para comprender. La parte de información omitida delega en las inferencias. Sin embargo, para que esta situación de comunicación se desarrolle con éxito exige, al menos, dos requisitos imprescindibles. El primero nos recuerda que el proceso de inferencias depende completamente de que el sujeto posea conocimientos previos necesarios y relacionados con lo que lee. No hay inferencias si no tenemos y activamos un conocimiento previamente. Pero, además, ese conocimiento, o al menos parte de él, debe compartirse con el autor del escrito. Ambos, escritor y lector, deben participar de un espacio común de conocimiento. No debemos olvidar que los discursos se comprenden e interpretan porque se accede un conjunto de conocimientos universales y compartidos sobre el mundo, sobre las acciones humanas..., que está altamente organizado y almacenado en la memoria. Sólo así, el texto puede cumplir los principios de relevancia, economía y coherencia. Algo así como el poder expresar de la manera más concisa y precisa posible, la información considerada como la más relevante. Ello simplifica, por fortuna, la temible y engorrosa tarea que para el escritor supondría el tener que explicitar todas y cada una de las ideas que se presuponen necesarias para captar correctamente el mensaje. Como resultado de este acuerdo, las oraciones explicitadas en el texto ofrecen claves suficientes para activar la información relevante. Así, en nuestro ejemplo, *Rosa escribía un guión*, esta información probablemente resulte también suficiente para considerar que el instrumento de la acción sea "una máquina de escribir o un ordenador personal".

## **2. Algunos tipos de inferencias**

Dada la enorme capacidad *a priori* de nuestra mente para generar inferencias de todo tipo, un primer aspecto que conviene destacar es que el estudio de las inferencias está sujeto a un determinado número de limitaciones que producen sus consecuentes sesgos en su análisis e investigación. Uno de estos sesgos hace referencia a que no se estudia “todo” tipo de inferencias. Las inferencias a las que nos venimos refiriendo son las denominadas, de manera genérica, *inferencias pragmáticas*. Estas inferencias pueden ser fácilmente diferenciadas de otras denominadas *lógicas* (Singer, 1994). Las inferencias pragmáticas se basan en el conocimiento común de las personas y asumimos que algo puede ser cierto y probable, aunque no tiene necesariamente que ser así. Por ejemplo, si leemos la frase *Sofía, muy enfadada, le dio al perro la comida del invitado*, de una manera pragmática podríamos suponer que el invitado no llegó a tiempo o que, finalmente, no asistió a la cena y eso explicaría el enfado de Sofía. Pero esto no implica necesariamente que fuese así. Podría haber sucedido, por ejemplo, que la comida no le hubiese salido a Sofía como a ella le hubiera gustado o bien que el invitado, por alguna otra razón, rechazara la comida. Lo característico de estas inferencias pragmáticas es que se acomodan a un saber compartido por personas que pertenecen a una misma cultura, tienen una naturaleza probabilística y algunas veces opcional, con lo que resulta difícil predecir qué inferencias pueden llevarse a cabo ante la lectura de un texto (Escudero y León, 2007). Pero tienen a favor su carácter espontáneo y sensible, así como la enorme rapidez con la que se ejecutan. Son precisamente estas características las que facilitan su estudio.

Por el contrario, existe otro grupo genérico de inferencias denominado inferencias lógicas. Estas inferencias se basan, fundamentalmente, en la aplicación de reglas formales que permiten obtener un grado máximo de certeza (100%). Por ejemplo, la aplicación de una regla aritmética simple en la oración *Elena tiene 50 euros y le da a Luis 20* garantiza de manera lógica que a Elena le quedan aún 30 euros. A este grupo pertenecen aquellas inferencias lógicas o inferencias basadas en la lógica, que se construyen mediante sistemas de razonamiento formal independiente de dominio, tales como el cálculo proposicional, el cálculo de predicado o el proveniente de los teoremas. También

pertenecen a este grupo las inferencias estadísticas y cuantitativas derivadas de fórmulas o de procedimientos cuantitativos. Las razones que se esgrimen para no incluirlas como objeto de estudio obedecen fundamentalmente a dos. La primera corresponde a su propio carácter analítico y reflexivo. Al tratarse de un producto del razonamiento lógico, estadístico y cuantitativo, resultan normalmente difíciles de realizar, pues requieren de una reflexión profunda. Por este motivo, no suelen generarse en el momento de la lectura dentro de las limitaciones de tiempo que requiere una velocidad de lectura normal (a partir de 250 palabras por minuto). La segunda razón hace referencia a que estas inferencias entran en colisión con las inferencias pragmáticas, bien porque los conocimientos que se requieren para su realización no son compartidos por todos los sujetos al ser específicos, o bien porque al ser una inferencia analítica no posee el grado probabilístico de las pragmáticas. De esta manera, cuando los investigadores tratan de analizar si un tipo de inferencia puede procesarse de una manera determinada (automática, por ejemplo) deben asegurarse que todos los lectores que participen en ese estudio posean un conocimiento mínimo indispensable para poder generarlas. Este hecho no siempre ocurre con las inferencias lógicas, deductivas o estadísticas que, basadas en la aplicación de reglas aritméticas o algoritmos, su realización a menudo depende más de los conocimientos específicos del dominio especializado que de la espontaneidad o naturalidad con la que se produce.

Probablemente la forma más simple de inferencia sea la *anáfora*. Se produce cuando un pronombre o un nombre tiene que ser identificado con un nombre o un nombre frase mencionado previamente (e.g. "Luis fue a visitar a Pedro y *éste* le enseñó su casa). La comprensión de estas dos frases requiere realizar la inferencia puente para que "éste" se refiera a Pedro antes que a Luis. Pero ¿cómo generamos la inferencia anafórica apropiada? En muchas ocasiones el género resulta un argumento de peso ("Luis fue a visitar a Marta. *Ella* le enseñó su casa), como también el número proporciona una señal inequívoca ("Luis fue a visitar a los García. *Ellos* le enseñaron su casa").

Parece asimismo razonable que la facilidad de establecer la inferencia anafórica apropiada dependa de la distancia entre el nombre y el pronombre que se identifica. El *efecto de la distancia*, tal y como se conoce esta variable, ha sido confirmada en



múltiples investigaciones, pero autores como Clifton y Ferreira (1987) demuestran que la distancia no siempre es importante. En sus trabajos, los sujetos leían segmentos de un texto, frase a frase que ellos mismos accionaban. Se evaluaba el tiempo de lectura de la frase que contenía el pronombre. Básicamente, estos autores detectaron que el tiempo de lectura era más rápido si el nombre antecedente aparecía en el tópico del discurso, pero resultaba más lento de cualquier otra manera. La distancia como tal no afectaba al tiempo de lectura. De esta manera, el efecto de la distancia se producía porque una gran distancia reduce la probabilidad de que el nombre antecedente esté todavía en el tópico del discurso cuando el pronombre es presentado.

Una de las formas más características de funcionamiento de nuestra mente se produce cuando se trata de comprender un mensaje, especialmente cuando la mente trata de buscar desesperadamente un grado de coherencia, de dotar de significado lo que lee, oye o siente. Esa coherencia se suele lograr mediante el establecimiento de conexiones causales, algo inherente a nuestra naturaleza humana. En realidad, todos los ejemplos que hemos utilizados en los párrafos anteriores poseen, en mayor o menor medida, un componente causal donde las inferencias tratan de conectar la información implícita proveniente de nuestro conocimiento con la explicitada en el texto. En el estudio de las inferencias se han diferenciado dos tipos de inferencias causales que predominan sobre otras. Nos referimos a las inferencias antecedentes causales o explicativas y las inferencias consecuentes causales o predictivas. Las primeras buscan los antecedentes causales (causa, razón o motivo) de un hecho o acción, respondiendo a la pregunta *¿por qué?*, integrando las distintas oraciones del discurso, formando parte esencial de la comprensión (León y Peñalba 2002). Tienen carácter adaptativo, reducen la incertidumbre y suelen ser esenciales para alcanzar la coherencia. Por estos motivos forman parte esencial de la comprensión, así como de otros aspectos del razonamiento científico y de la vida diaria. Se generan cuando se conecta la oración leída con el pasaje previo, mediante redes y enlaces causales o también cuando se busca alguna explicación de por qué los sucesos y acciones ocurren. Las inferencias consecuentes causales o predictivas son anticipaciones de sucesos probables basadas en la aplicación de nuestro conocimiento previo. Responden a la pregunta *¿qué*

*pasará después?* Implican expectativas acerca de hechos, objetivos, acciones, resultados o emociones, facilitando el procesamiento de la información posterior en el mensaje (León 2003).

### ***3. El binomio mente-cerebro. Estudios neurológicos en relación al lenguaje.***

Hasta ahora hemos subrayado que el lenguaje es una propiedad funcional de nuestra mente, como también lo es la comprensión y las inferencias. Pero aún nos queda plantear la idea de si podría asumirse que el lenguaje, la comprensión y la realización de inferencias son también parte de la actividad cerebral. Sobre este punto existen importantes cuestiones que están siendo objeto de debate y que inciden sobre la relación que guarda la mente con el cerebro, sobre si el cerebro es el soporte físico o biológico de la mente, sobre cómo se representa el lenguaje en el cerebro, sobre cuál es el sustrato corpóreo de las inferencias o de si las inferencias o el lenguaje implícito comparten o no las mismas áreas cerebrales que las del lenguaje. Todo ello nos lleva a profundizar en esta estrecha relación cerebro-mente o mente-cerebro, buscando posibles respuestas a estas cuestiones.

Dentro de la comunidad neurocientífica quizás la posición más afianzada actualmente sea la de asumir que, en términos generales, el cerebro constituye el soporte físico de la mente, de la misma manera que el lenguaje o más bien su actividad, se ve reflejada en él. Podríamos llegar a deducir entonces que todo proceso mental que de él se derive dependerá de la propia estructura cerebral y de la información que ésta reciba. Sin embargo, esta afirmación tan cabal no parece tener un acuerdo unánime entre todos los estudiosos del tema. De hecho, existe una corriente de pensamiento que cree que los fenómenos psicológicos, aunque son funciones del cerebro, no tienen por qué ser necesariamente idénticos a éste, y menos aún, piensan que el cerebro no está capacitado para acceder al interior de la mente, no es un órgano competente para desvelar la intimidad de la mente. Dicho de otra manera, podríamos poner en cuestión como, por ejemplo, generar una abstracción mental o una emoción de felicidad o tristeza tenga que ser necesariamente el resultado de una actividad neuronal

determinada. Pensar que un sentimiento tan nítido e íntimo como el afecto que sentimos hacia nuestro pequeño hijo cuando nos devuelve una sonrisa o cuando mantenemos una sesuda y discutida reflexión acerca, pongamos por caso, de la gramática generativa de Chomsky, puedan, en ambos casos, inducirse mediante una activación neuronal o por un cúmulo de reacciones neuronales en distintas partes de mi cerebro, puede resultarnos excesivamente reduccionista. De la misma manera, generar la inferencia pragmática de que *Rosa sea una escritora* y pueda ser explicada bajo la actividad electro-química que una agrupación de neuronas corticales que se produzca en un área determinada del cerebro, puede pecar de “localizacionismo”. Es evidente que resulta difícil reducir la mente, la consciencia o el comportamiento humano a una actividad neuronal. Lo cierto es que sabemos muy poco de cómo nuestro cerebro genera la mente, y no poseemos aún de una teoría capaz de unificar el funcionamiento neuronal, el proceso mental y la conducta.

Pero a pesar de ello, desde hace muchos años se viene estudiando el cerebro desde dos diferentes perspectivas. Un primera, más microscópica y reduccionista, se ha interesado en analizar de manera minuciosa la composición estructural del cerebro así como su actividad, lo que ha permitido corroborar que los cerebros de los animales coinciden en esa composición estructural y en su actividad, llegando a postular modelos de funcionamiento cerebral común a todos ellos. Aunque esta visión del cerebro resulta extraordinaria para analizar su composición, estructura y funcionamiento, no recalca, sin embargo, en una información suficiente como para establecer una relación cerebro-mente. Por ello, hay una segunda perspectiva de carácter más macroscópico y conductual que ha indagado directamente sobre la correlación entre cerebro-mente, entre la actividad cerebral y la conducta. Como es sabido, esta segunda perspectiva se inició a partir del siglo XIX con el estudio de la semiología de diferentes enfermedades neurológicas, analizando la posible relación existente entre lesiones cerebrales localizadas que sufrían pacientes y la alteración específica que estas lesiones producían sobre las funciones mentales y sobre la conducta de esos mismos pacientes. El cerebro y la mente que hasta ese momento era ámbito exclusivo de la filosofía y la literatura, se convirtieron en objeto de estudio para otros investigadores. Como ejemplos notables cabe

destacar los estudios que Pierre Paul Broca (1824-1880) y Karl Wernicke (1848-1904) realizaron sobre las afasias, en las que lesiones producidas en una parte del sistema nervioso producía trastornos en el lenguaje. Fue precisamente Pierre Paul Broca en 1861 el primer investigador que escribió y presentó un artículo muy breve en la *Société Anthropologique* de Paris, en el que describía a un único paciente con daño cerebral, quién a pesar de mantener intacta su habilidad para comprender el lenguaje era, sin embargo, incapaz de hablar. A pesar de que el daño cerebral de este paciente era considerable, Broca concluyó que este déficit era producido por una lesión de la parte posterior de la tercera circunvolución del hemisferio izquierdo (Broca 1861). Con esta afirmación, Broca se adentraba por primera vez en la relación cerebro-mente, en el que una función cognitiva de alto orden, la facultad del lenguaje articulado, podría localizarse en un área particular del cerebro. Los descubrimientos de Broca fueron ampliándose a otros pacientes con lesiones cerebrales similares (Broca 1865).

La identificación de pacientes con otros tipos de déficits de lenguaje en áreas posteriores, llevó a diversos autores a encabezar el primer modelo neurológico del lenguaje (Déjerine 1891; Lichteim 1885; Wernicke 1874). Gracias a estos trabajos, hoy conocemos que una lesión en el área de Broca se asocia con una lentitud y dificultad para pronunciar, con una ausencia acusada de una gramática fluída, con la omisión de la función de las palabras. De la misma forma, una lesión en el área de Wernicke se asocia con una producción gramatical fluída de pronunciación en la que se olvidan sus significados, con la producción de parafasias (palabras inapropiadas), neologismos (palabras inventadas), o con una mayor dificultad de comprensión del lenguaje ante frases complejas. Obviamente, este tipo de “localizacionismo” fue criticado y contrarrestado por otros autores, bien presentando a pacientes con déficits de producción no tenían afectada el área de Broca, o bien estudiando a pacientes con déficits en el área de Broca que no presentaban, sin embargo, desajustes en el habla articularia (Brown-Sequard 1877; Marie 1906).

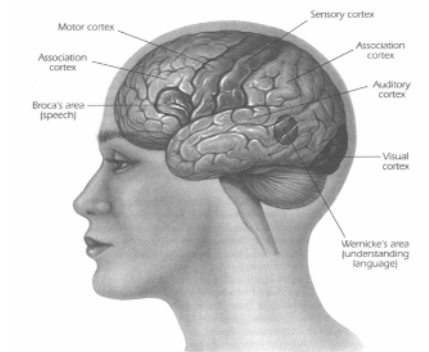


Figura 1.- Algunas áreas de interés en el estudio del cerebro y de la mente que han perdurado hasta hoy.

Con el advenimiento de métodos no invasivos en la última parte del siglo XX capaces de medir funciones cerebrales como la técnica de *resonancia magnética funcional* (RMf) o también denominada neuroimagen funcional, se renovó el interés de los procesos neuronales que subyacen al lenguaje. Al igual que los estudios iniciales neurológicos, la neuroimagen inicial se centró en un mapa anatómico de las funciones cerebrales que especificaran sobre áreas corticales (Desikan *et al.* 2006). Pero esta vez, ya no se requiere necesariamente evaluar a personas que padecen una lesión cerebral, sino que puede someterse a personas sanas a las que se les analiza la activación cerebral mientras realizan una tarea específica. Surge así una nueva visión integradora y multidisciplinaria de la neurología partiendo de la vieja idea de que las actividades cognitivas son, en última instancia, actividades del sistema nervioso. Es decir, acceder al estudio de las funciones cerebrales a partir del conocimiento físico y químico de las neuronas, de su actividad y de sus conexiones.

La neurociencia plantea de esta manera una nueva forma de aproximarse al estudio del cerebro, basada en esta hipótesis de trabajo de binomio cerebro y mente. Esta aproximación al estudio cerebral ha promovido un cambio radical en la concepción tradicional del cerebro y la mente, en el que diferentes investigadores procedentes de diferentes áreas de la ciencia están concentrando sus esfuerzos en el análisis neurobiológico de los procesos mentales. A esta nueva propuesta de búsqueda de una teoría unificadora ha contribuido de manera significativa la

incorporación de herramientas nuevas de estudio, que incluyen las técnicas de neuroimagen funcional y los sistemas informáticos, que han permitido desarrollar modelos matemáticos que tratan de analizar y simular la función global del cerebro.

La neuroimagen, por ejemplo, es una técnica que permite explorar el cerebro humano intacto al mismo tiempo que analiza las variaciones de la actividad funcional de las neuronas en los procesos mentales específicos del ser humano. De este modo, no sólo se exploran las áreas cerebrales implicadas en funciones mentales sino que, además, se pueden relacionar con cualquier actividad emocional e intelectual del sujeto consciente (e.g., pensamientos, emociones, procesos de razonamiento, de comprensión, de inferencias). La actividad neuronal se registra a través de cambios en el flujo sanguíneo o en el metabolismo. Este tipo de métodos se denominan hemodinámicos, porque detectan cambios en el flujo sanguíneo o en el metabolismo cerebral que acompañan a la actividad neuronal. Su resolución espacial es muy alta por lo que es posible localizar áreas cerebrales con precisión anatómica, informándonos con precisión dónde ocurre el proceso cerebral. A partir de los datos directos o indirectos de la actividad neuronal que proporcionan esta técnica puede dibujarse un mapa del cerebro.

Según Ardila (2008: 53) *“la localización es posible si contamos con una teoría del procesamiento cognitivo que divida cada proceso psicológico en sus elementos operativos componentes (o factores) de forma adecuada”*. Solo de esta forma podremos localizar estos elementos en el cerebro. Bajo este supuesto, técnicas como la resonancia magnética funcional muestran que los procesos cognitivos son resultado de un patrón extenso de actividad que incluye diferentes áreas discretas organizadas en circuitos (Cabeza y Nyberg 2000).

La neuroimagen funcional también ha supuesto un avance esencial ha sido en el estudio del lenguaje. La posibilidad de explorar en una persona consciente la actividad cerebral y relacionarla con tareas que exploran diferentes aspectos del lenguaje ha permitido re-evaluar las teorías clásicas del lenguaje, basadas en modelos de estimulación o de lesiones en el cerebro humano. Hoy conocemos áreas cerebrales que participan en el procesamiento de distintos aspectos del lenguaje, áreas temporales

basales y mediales en los aspectos semánticos, y otras áreas frontales en los aspectos sintácticos. En relación con el estudio de la lectura, este tipo de estudios permiten dibujar lo que Ardila (2008) denomina el “sistema cerebral de la lectura”, esto es, se trata de un sistema formado por diversos componentes cerebrales que tienen que ver con la lectura. Entre las áreas que lo forman se encuentran áreas del lóbulo occipital responsables del reconocimiento visual de letras y palabras, zonas parieto-temporo-occipital que participan en las asociaciones entre información visual y auditiva, y áreas del lóbulo temporal responsables del reconocimiento de las palabras, entre otros. En definitiva, todas las regiones cerebrales necesarias para reconocer el lenguaje escrito.

Otra de las aportaciones importantes de la neuroimagen al estudio del lenguaje ha sido la de conocer de manera más precisa la participación del hemisferio derecho, responsable del componente afectivo que incluye la entonación, acentuación y el ritmo del lenguaje, así como la capacidad plástica de asumir las funciones de hemisferio dominante en niños y adolescentes cuando se produce una lesión en el hemisferio izquierdo. Particular interés poseen los estudios de neuroimagen que abordan el desarrollo del niño, en los que se ha observado un aumento progresivo de la actividad metabólica cerebral desde el segundo año de edad hasta los diez años, y que disminuye en la adolescencia. Este aumento del metabolismo se relaciona con una alta actividad sináptica, lo que podría explicar que en la infancia el cerebro posee una capacidad de re-organización de las áreas de lenguaje ante una lesión en el hemisferio izquierdo, o que la capacidad de aprendizaje de una nueva lengua en esta edad sea óptima.

#### ***4. El sustrato corpóreo de las inferencias y del discurso***

Ahora bien, si en algo están ayudando los estudios de neuroimagen en el ámbito de los procesos de comprensión es a conocer la actividad inferencial y las áreas cerebrales responsables. A este respecto, los estudios procedentes de la neuropsicología y de la resonancia magnética funcional han proporcionado indicios importantes sobre las áreas cerebrales que están implicadas en la generación e integración de las inferencias causales. Los estudios basados en lesiones cerebrales han identificado tradicionalmente al

hemisferio derecho como el responsable de la elaboración de inferencias, así como en otros procesos de orden superior tales como la interpretación de bromas o chistes (Brownell y Gardner 1988; Brownell y cols. 1983; Shammi y Stuss 1999) y metáforas (Winner y Gardner 1977). Se ha observado, asimismo, que en pacientes con lesiones en el hemisferio derecho producen con cierta frecuencia un habla que es socialmente inadecuada con relaciones poco significativas entre las oraciones, incluso cuando otros aspectos de la comprensión del lenguaje y la producción son normales (Joanette y cols. 1990). Estos datos contrastan con los síndromes clásicos de afasia asociados a lesiones en la corteza izquierda perisylviana y entre cuyos problemas clínicos destacan los que afectan especialmente al nivel de generación y/o comprensión de palabras individuales y oraciones (Caplan 1992). Existen estudios de pacientes con lesiones en el hemisferio derecho que muestran ciertas anomalías en la comprensión del discurso que requiere la generación de inferencias causales para el establecimiento de la coherencia (Beeman 1993; Brownell y cols. 1986). Por ejemplo, Beeman (1993) afirma que este tipo de pacientes comete errores a la hora de generar inferencias cuando se les hace preguntas de comprensión explícita y son más lentos que los sujetos control en tareas de decisión léxica. De hecho, este autor sostiene que, frente al papel dominante del hemisferio izquierdo en gran parte de las tareas de lenguaje, a medida que la comprensión requiere de la participación de procesos cada vez más complejos, el hemisferio derecho juega un papel fundamental. Este autor, incluso, identifica al menos tres componentes en el hemisferio derecho esenciales en el procesamiento semántico y con un alto componente interactivo, que juegan un papel central en la comprensión de información compleja (Beeman 2005).

En suma, los estudios de neuroimagen sobre procesamiento del discurso han implicado a múltiples áreas de ambos hemisferios en el establecimiento de la coherencia del discurso. Estudios que han comparado la lectura de historias (Mazoyer y cols. 1993), palabras no relacionadas (Xu y cols. 2005) y oraciones sin relacionar (Fletcher y cols. 1995; Xu y cols. 2005) han destacado el papel de regiones fuera de la corteza perisylviana izquierda en procesos del lenguaje de alto nivel, incluyendo la corteza temporal anterior bilateral (Fletcher y cols. 1995; Mazoyer y cols. 1993; Xu y cols. 2005), la corteza prefrontal media (Fletcher y cols. 1995;



Gallagher y cols. 2000; Xu y cols. 2005) y áreas temporales y prefrontales dentro del hemisferio derecho (Xu y cols. 2005). Otros estudios con fMRI donde se ha comparado la activación cerebral ante textos coherentes e incoherentes han implicado también al hemisferio derecho en el establecimiento de la coherencia de discurso, apoyando parte de la literatura neuropsicológica (St George y cols. 1999).

Otra de las aportaciones más reciente de esta técnica es referente a la actividad inferencial, que también se produce de manera bilateral en el área de Broca y su homóloga en el hemisferio izquierdo. Se confirman los datos cronométricos en el sentido de que la activación de las causales antecedentes se produce con anterioridad a las predictivas. Ambas regiones están asociadas con procesos semánticos y sintácticos dando apoyo a otras funciones lingüísticas generales. Estudios previos señalan que la activación de las inferencias está relacionada con la selección semántica relacionada con estas inferencias. El papel del área de Broca y su homóloga puede incluir también la evaluación de juicios causales (Satpute y cols. 2005). Hay otras áreas cerebrales también relacionadas con la activación de estas inferencias como son el área bilateral de la zona frontal media que relaciona con el control de los estados mentales de los protagonistas de las historias leídas (teoría de la mente), el área de Wernicke y su homóloga del hemisferio derecho, ambas implicadas en los procesos de integración del texto y de la activación semántica más automática, coincidiendo con otros autores (Jung-Beeman 2005; León, Escudero, Prat, Mason y Just e.p.; Mar, 2004).

### ***A modo de conclusión***

La incorporación de las técnicas de neuroimagen ha supuesto un salto cualitativo en el abordaje experimental del cerebro, y ha contribuido a definir patrones básicos de funcionamiento cerebral que han revolucionado la concepción de nuestro cerebro y lo está haciendo acerca del lenguaje. Sin embargo, en esta búsqueda de patrones de actividad neuronal que se correlacionen con la conducta, nos encontramos con territorios poco conocidos, como las emociones o la experiencia subjetiva. Además, y a pesar de la

gran información existente, no se ha podido definir una teoría capaz de unificar el funcionamiento neuronal y la conducta. Hay también otras limitaciones. Por muy sencilla que sea la tarea cognitiva que trata de observarse y aun conociendo con exactitud las conexiones y proyecciones anatómicas implicadas en las mismas, las técnicas de neuroimagen han puesto de manifiesto que los mapas funcionales no son una foto fija de una región específica cerebral, sino que la actividad neuronal puede variar significativamente dependiendo del contexto en el que se produce el procesamiento de la información. Incluso el mapa cerebral de dos sujetos que responden a un mismo estímulo puede ser diferente. Este es, sin duda, el gran reto de la neurociencia del siglo que vivimos, hallar nuevos modelos de análisis de la actividad cerebral que nos permitan acceder al funcionamiento íntimo del cerebro y desvelar el salto entre el nivel neuronal y la conducta. En este reto la neuroimagen, creemos, va a jugar un papel destacado con el desarrollo de nuevos modelos dinámicos en los que, a partir de la sincronización y el acoplamiento de la actividad neuronal, surja un fenómeno emergente que no es la mera suma de las partes, sino una entidad distinta y única.

Al igual que los estudios iniciales neurológicos, la neuroimagen inicial se centró en un mapa anatómico de las funciones cerebrales que especificaran sobre áreas corticales (Desikan *et al.*, 2006). Este tipo de mapas señalan dos puntos muy importantes. Primero, que el lenguaje no se limita a las áreas clásicas de Broca y Wernicke. De hecho, se introducen la mayor parte de áreas corticales de los dos hemisferios tanto como otras regiones subcorticales. Segundo, no existe una sola área del cerebro dedicada específicamente al lenguaje, sino que todas estas áreas también están implicadas en otras funciones no lingüísticas relacionadas con el control cognitivo, memoria, atención, percepción o acción. Estos dos puntos proporcionan un cambio principal en la investigación neurolingüística, reconociendo la necesidad de ir más allá de crear un mapa de funciones cognitivas dentro de la neuroanatomía (mapa cerebral) más hacia una comprensión sistemática del procesamiento de la información neuronal que subyace al lenguaje.

## Referencias

- Ardila, A. (2008): ¿Qué puede localizarse en el cerebro?, *Ciencia Cognitiva: Revista Electrónica de Divulgación* 2:2, 53-55.
- Beeman, M. (1993): Semantic processing in the right hemisphere may contribute to drawing inferences during comprehension, *Brain and Language*, 44, 80-120
- Beeman, M. (2005): Bilateral brain processes for comprehending natural language, *TRENDS in Cognitive Sciences*, 9 (11), 512-518.
- Broca, P. (1861): Remarques sur le siège de la faculté du langage articulé: suivies d'une observation d'aphemie, *Bulletin de la Société Anatomique de Paris* 6, 330-357.
- Brownell, H.H., y Gardner, H., (1988): Neuropsychological insights into humour, en J. Durant y J. Miller (Eds.): *Laughing Matters*, Essex : Longman Scientific, 17-34.
- Brownell, H.H.; Michel, D.; Powelson, J.A. y Gardner, H. (1983): Surprise but not coherence: sensitivity to verbal humor in right hemisphere patients, *Brain and Language* 18, 20-27.
- Brownell, H.H., Potter, H.H., Bihle, A.M., y Gardner, H. (1986): Inference deficits in right brain-damaged patients, *Brain and Language* 27, 310-321.
- Brown-Sequard, C.E. (1877): Aphasia as an effect of brain disease, *Dublin Journal Medical Science* 63, 209-225.
- Bruner, J.S. (1957): Going beyond the information given, en H.E. Gruber, K.R. Hammond y R. Jessor (Eds.): *Contemporary approaches to cognition*, Cambridge, MA: Harvard University Press, 41-69.
- Cabeza, R. y Nyberg, L. (2000): Imaging cognition II: An empirical review of 275 PET and fMRI studies, *Journal of Cognitive Neuroscience* 12, 1-47.
- Caplan, D. (1992): *Language Structure, Processing and Disorders*, Cambridge, MA: MIT Press.
- Clifton, C. y Ferreira, F. (1987): Discourse structure and anaphora: some experimental results, en M. Coltheart (Ed.): *Attention and performance XII. The psychology of reading*, London: LEA, 635-654.
- Déjerine, J. (1891): Sur un case de cécité verbale avec agrafie suivi d'autopsie, *Mémoires de la Société de Biologie* 3, 197-201.
- Desikan R.S. ; Segonne, F. ; Fischl, B. ; Quinn, B.T. ; Dickerson, B.C. ; Blacker D. ; Buckner, R.L. ; Dale, A.M. ; Maguire, R.P. ; Hyman, B.T. ; Albert, M.S. y Killiany, R.J. (2006): An automated labeling system for subdividing the human cerebral cortex on MRI scans into gyral based regions of interest, *Neuroimage* 31, 3, 968-980.
- Devlin, J.T. (2009): Current perspectives on imaging language, en E. Kraft, B. Gulyás y E. Pöppel (Eds.): *Neural correlates of thinking*, Berlín: Springer-Verlag, 123-139.

*José Antonio León e Inmaculada Escudero. La producción de inferencias en la mente y el cerebro*

- Escudero, I. y León, J.A. (2007): Procesos inferenciales en la comprensión del discurso escrito. Influencia de la estructura del texto en los procesos de comprensión, *Revista Signos: Estudios de Lengua y Literatura*, 40 (64), 311-336.
- Fletcher, P.C.; Happé, F.; Frith, U.; Baker, S.C.; Dolan, R.J.; Frackowiak, R.S. y Frith, C.D. (1995): Other minds in the brain: a functional imaging study of 'theory of mind' in story comprehension, *Cognition*, 57, 109-128.
- Gallagher, H.L., Happe, F., Brunswick, N., Fletcher, P.C., Frith, U., y Frith, C.D., (2000): Reading the mind in cartoons and stories: an fMRI study of 'theory of mind' in verbal and nonverbal tasks. *Neuropsychologia*, 38, 11-21.
- Joanette, Y.; Goulet, P. y Hannequin, D. (1990): *Right Hemisphere and Verbal Communication*. New York: Springer-Verlag.
- Jung-Beeman, M., (2005): Bilateral brain processes for comprehending natural language. *Trends in Cognitive Sciences*, 9, 512-518.
- Just, M. y Carpenter, P. (1987): *The psychology of reading and language comprehension*. Newton, MA: Allyn and Bacon.
- León, J.A. (1996): *Prensa y Educación. Un enfoque cognitivo*. Buenos Aires: Aique.
- León, J. A. (2004): *Adquisición de Conocimiento y comprensión: Origen, evolución y método*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- León, J.A. (Coord.) (2003): *Conocimiento y Discurso. Claves para inferir y comprender*. Madrid: Pirámide.
- León, J.A; Escudero, I.; Prat, Ch. y Just, M. (e.p.): Cortical networks in implicit language comprehension. An fMRI study, *Brain and Language*.
- León, J.A. y Escudero, I. (2002): La memoria de trabajo y el procesamiento de inferencias en la comprensión del discurso, en M.D. Sainz, J. Fuentes, J. Baqués y J. Sáiz (Coords.): *Psicología de la memoria: Aportaciones recientes* Madrid: Debate, 25-34.
- León, J.A. y Peñalba, G. (2002): Understanding causality and temporal sequence in scientific discourse, en J.C. Otero, J.A. León, y A.C. Graesser (Eds.): *The Psychology of the scientific text*, Mahwah, Nueva Jersey: Lawrence Erlbaum, 155-178.
- Lichtheim, L. (1885): On aphasia, *Brain*, 7, 433-484.
- Mar, R. A. (2004): The neuropsychology of narrative: Story comprehension, story production and their interrelation, *Neuropsychologia*, 42, 1414-1434.
- Marie, P. (1906): Revision de la question de l'aphasie : la troisième circonvolution frontale gauche ne joue aucun rôle spécial dans la fonction du langage, *La Semaine Medicale* 26, 241-247.
- Mazoyer, B.M.; Tzourio, N.; Frak, V.; Syrota, A.; Murayama, O.; Levrier, O.; Salamon, G.; Dehaene, S.; Cohen, L. y Mehler, J. (1993): The

*José Antonio León e Inmaculada Escudero. La producción de  
inferencias en la mente y el cerebro*

- cortical representation of speech, *Journal of Cognitive Neuroscience* 5, 467–479.
- McKoon, G. y Ratcliff, R. (1992): Inference during reading, *Psychological Review*, 99, 440–466.
- Schank, R.C. (1975): The role of memory in language processing, en C. Cofer y R. Atkinson (Eds.): *The nature of human memory*, San Francisco: Freedman.
- Shammi, P., y Stuss, D.T., (1999): Humour appreciation: a role of the right frontal lobe, *Brain* 122 (4), 657–666.
- Satpute, B.; Fenker, D.B.; Waldmann, M.R.; Tabibnia, G.; Holyoak, K. y Lieberman, MD. (2005): An fMRI study of causal judgments, *European Journal of Neuroscience* 22 (5), 1233–1238.
- Singer, M. (1994): Discourse inference processes, en M. A. Gernsbacher (Ed.): *Handbook of psycholinguistics*, San Diego: Academic Press, 479–515.
- Singer, M., y León, J.A. (2007): Psychological studies of higher language processes: Behavioral and empirical approaches, F. Schmalhofer y C. A. Perfetti (Eds.): *Higher level language processes in the brain: Inference and Comprehension processes*, Mahwah/ Nueva Jersey: Lawrence Erlbaum, 19-35.
- St George, M.; Kutas, M.; Martinez, A. y Sereno, M.I. (1999): Semantic integration in reading: engagement of the right hemisphere during discourse processing, *Brain* 122, 1317–1325.
- Wernicke, C. (1874): *Der aphasische symptomkomplex*, Cohen and Weigert, Wroclaw.
- Winner, E., y Gardner, H. (1977): The comprehension of metaphor in brain damaged patients, *Brain* 100, 719–727.
- Xu, J.; Kemeny, S.; Park, G.; Frattali, C. y Braun, A. (2005): Language in context: emergent features of word, sentence, and narrative comprehension, *NeuroImage* 25, 1002–1015.

\* \* \*



## ***El discurso como síntoma, criterio de pronóstico y elemento terapéutico***

*María Márquez Guerrero  
Universidad de Sevilla*

**I.** La concepción metafórica clásica de la vida como discurso, narración que se construye, recibe una reformulación no literaria, más “científica” o “rigurosa”, en las modernas teorías que, en diferentes ámbitos de conocimiento, defienden la identificación de la palabra y la acción. En 1970 Halliday (1970:142) distinguía, entre las tres metafunciones del lenguaje, una función ideadora, a través de la cual el lenguaje confiere estructura a la experiencia. Y aclaraba que la estructura ideacional guarda una relación dialéctica con la estructura social, reflejándola y, a la vez, influyendo sobre ella.

Lakoff (1980) nos habló del poder configurador de la experiencia que tienen las metáforas en nuestra vida, capaces de organizar nuestros esquemas de percepción, y por tanto, de determinar nuestra experiencia. Las metáforas que el ser humano usa para conformar su sistema conceptual conforman una sistematicidad interna, y determinan la forma en que percibimos y actuamos sobre el mundo.

También la teoría de los Actos de Habla, de Searle (1994) planteó que el lenguaje no tiene una función puramente representativa, reflejo de una realidad objetiva que exista con independencia del observador. Un discurso no es sólo expresión de una realidad, es también una acción que, como otra cualquiera, tiene un significado y una intencionalidad, es decir, una fuerza, que produce ciertos efectos.

Finalmente, como es sabido, el Análisis Crítico del Discurso analiza los usos del lenguaje como instrumento de transmisión de una determinada ideología, que se manifiesta en las estrategias textuales y conversacionales. La vinculación esencial entre palabra y acción queda de manifiesto en estas palabras de Bañón:

*María Márquez Guerrero: El discurso como síntoma, criterio de pronóstico y elemento terapéutico*

*“El análisis crítico de la comunicación, en este sentido, sale, en nuestra opinión, notablemente enriquecido cuando también se ocupa, aunque sólo sea en sus fundamentos teóricos, de las conexiones entre lo que se hace y lo que se dice. [...] Por actuación entendemos tanto el hacer como el no hacer; y por discursivización tanto el decir como el no decir.” (2002: 29).*

En el ámbito de investigación propio de la Psicología, las corrientes constructivistas<sup>11</sup> conciben la psicoterapia como un intercambio y negociación de significados interpersonales con el objeto de que el paciente pueda articular, elaborar y revisar las construcciones con las que organiza su experiencia y acción. Partiendo de que no hay acceso a realidad inmediata alguna más allá del lenguaje, se considera que éste es la vía para conocer las estructuras del sistema cognitivo humano, las cuales determinan la experiencia misma. Tan importante como la vivencia es la explicación de ésta mediante su reordenación simbólica, ya que el conocimiento es la construcción y reconstrucción continua del mundo por parte de un individuo que trata de dotar de coherencia a lo que experimenta. Si tenemos en cuenta que la posibilidad del cambio depende en gran manera del nivel de autoconciencia, comprenderemos que es fundamental que los terapeutas ayuden a incrementar la comprensión del paciente acerca de las maneras en las que tácitamente participa en la organización de sus experiencias. El terapeuta actuará en ese espacio: en la interfaz entre la experiencia inmediata y su explicación simbólica. Así concebida, la terapia no es otra cosa que un proceso de creación de nuevos significados.

La vida es una narración y los seres humanos, los narradores, y ¿protagonistas? en sus propias tramas. La terapia es un escenario donde, en primer lugar, se analiza la historia construida, proponiendo su deconstrucción, y la sustitución por otra que no amenace la continuidad de significado de la experiencia vital del

---

<sup>11</sup> R. A. Neimeyer y M. J. Mahoney (1999), *Constructivism in Psychotherapy*. American Psychological Association: Washington, D.C.



paciente<sup>12</sup>. Ésta que exponemos parece que puede ser una base conceptual idónea para el estudio del significado personal de los problemas clínicos.

El lenguaje es central en la psicoterapia porque es el lugar donde los problemas se crean y residen. La terapia es una forma de conversación, que es por sí misma acción. La explicación-interpretación que le damos a nuestras experiencias está en la base de las anticipaciones de acontecimientos que canalizan nuestros procesos psicológicos. De este modo, la ordenación simbólica construye el comportamiento (Teoría de los constructos personales, Kelly, 1955).

En los últimos años, Gonsalves (1992, 1994 y 1995) ha desarrollado su teoría respecto a los procesos de cambio. En esta terapia se plantea una serie de estrategias para desencadenar las metáforas subyacentes del nivel inconsciente de la mente y la introducción de metáforas alternativas. De esta forma, el paciente desarrolla nuevas formas de construir su realidad. Con la ayuda de un diario de recuerdos actuales (narraciones diarias) de cada día, el sujeto es enseñado a apreciar, por una parte, las emociones relacionadas con sus recuerdos, y al mismo tiempo las cogniciones automáticas y los significados relacionados con ellas. El terapeuta construye, junto con el paciente, nuevas metáforas alternativas a la narrativa o guión prototipo; se enseña al paciente a desarrollar una actitud de proyección futura.

En los estudios que he realizado sobre textos de pacientes anoréxicas y bulímicas (diarios y grabaciones en consulta), se observa que el discurso es expresión e instrumento de la enfermedad, pero precisamente por ello también contiene las claves que pueden neutralizar sus efectos.

**II.** En estos trabajos he realizado un análisis del discurso de dos pacientes a lo largo de 3 años. La base son grabaciones de consulta

---

<sup>12</sup> Es importante reparar en que su trabajo se verá enfrentado a la resistencia del paciente a cuestionar sus estructuras de significado sin antes desarrollar otras alternativas.

*María Márquez Guerrero: El discurso como síntoma, criterio de pronóstico y elemento terapéutico*

y diarios. El estudio comprende los distintos planos característicos del análisis lingüístico:

- Sintaxis textual. El estudio de la organización sintáctica global.
- Plano fónico.
- Plano morfosintáctico.
- Plano léxico-semántico.
- Sintaxis textual. Partimos de la idea de que la construcción sintáctica global es elemento significativo portador de un significado, y, por tanto, nos puede dar una información muy valiosa sobre las estructuras cognitivas del paciente, la particular organización simbólica de su experiencia.

En principio, está clara la necesidad de distinguir entre textos orales y textos escritos, las grabaciones y los diarios, que responden lógicamente a diferentes tipos de organización sintáctica.

Aparte, hay que considerar por supuesto, todos los factores que pueden determinar la variación lingüística; es necesaria, por tanto, la existencia de cierta homogeneidad entre los informantes (nivel sociocultural, instrucción, edad...) siempre que se pretenda hacer un análisis contrastivo. Y para que el estudio sea riguroso, tenemos que disponer de un grupo de control, informantes con similares características que no presenten síntomas de la enfermedad. Esta que sigue no pasa de ser una aproximación a las posibilidades terapéuticas del análisis del discurso.

Podemos fijar nuestra atención, en primer lugar, en la construcción de los periodos, anotando la cantidad de oraciones que contienen. Este hecho por sí solo no es indicativo del grado de complejidad sintáctica del discurso. A esto debe añadirse un estudio del tipo de relaciones que se da entre las oraciones (predominio de la hipotaxis / parataxis; tipos de subordinadas). Si hay un predominio del orden lineal / envolvente. Si se observa una preocupación por la ilación, por trabar explícitamente los elementos para garantizar la cohesión del texto...

Todos estos datos pueden darnos una idea de la organización sintáctica global, nos pueden ayudar a determinar si estamos ante

*María Márquez Guerrero: El discurso como síntoma, criterio de pronóstico y elemento terapéutico*

una construcción sintáctica trabada, fuertemente cohesionada, o bien ante un tipo de sintaxis suelta, fragmentaria<sup>13</sup>. Así, en los textos analizados de la paciente con anorexia, la llamaremos A, predominan los periodos largos, con explicitación de los nexos lógicos entre las ideas (hipotaxis), la enumeración, y, en general, una gran coherencia -sólo bruscamente interrumpida, en ocasiones, cuando emerge el tema o tópico que constituye su obsesión -la imagen, concretado muchas veces en el subtópico del peso-:

*Me cuesta comer, y mucho más cuando me sigo viendo tan gorda, más gorda, y tengo ese deseo irrefrenable de perder peso. Sigo buscando mi imagen en los espejos, en las paradas de autobuses, en el cristal de la universidad..., sí, esa imagen horrible y monstruosa que me hace sentirme culpable por haber comido, esa imagen que veo y siento día a día como realmente mía, y, por supuesto, verdadera.*

*Tengo miedo, miedo de haber perdido la capacidad de estudiar. Cuando me doy cuenta de que voy perdiendo ciertas capacidades para hacer cosas que antes mi cuerpo hacía, pienso en todo lo que esta enfermedad me ha robado: parte de mi vida, que desgraciadamente ya no es recuperable. Pero aun siendo consciente de esto, aún hoy he dejado la mitad de la comida de media mañana, aún así he cerrado los ojos ante el reflejo de mi cuerpo, buscando cristales, espejos e incluso mi propia sombra, porque la realidad me acecha con la imagen que devuelve, y eso duele aquí dentro...*

En cambio, en los textos de la paciente de bulimia, a la que llamaremos B, la construcción sintáctica tiene un carácter suelto, fragmentario. El discurso se caracteriza por la acumulación, la yuxtaposición de elementos.

*Me he despertado de nuevo muy temprano. Todo iba bien hasta que mi padre me ha puesto el desayuno. El café es descafeinado y no sabe a nada, y me ha traído el café y le he dicho que se lo lleve y que le eche más café para ponerlo más oscuro. Luego me han entrado unas ganas terribles de comer tostadas, y me he venido a la cama de mala ostia para hacer el puñetero reposo [...] Como me he tomado una pastilla entera de*

---

<sup>13</sup> Seguimos en nuestro análisis el modelo utilizado por J. Lope Blanch, *Análisis gramatical del discurso*, Univ. Autónoma de México, 1987 y R. Cano Aguilar, "Período oracional y construcción del texto en la prosa medieval castellana", *Glosa*, 1, 1990, pp. 13-30.

*María Márquez Guerrero: El discurso como síntoma, criterio de pronóstico y elemento terapéutico*

*Trankimacín, me he quedado dormida en esta media hora de reposo del desayuno, y después me he despertado como la Carmina Ordóñez, como drogada.*

*Cuando salgo a pasear aquí en Punta con mis padres, me quedo mirando con envidia (sana) a la gente de mi edad, a las parejas de novios, en fin, la sonrisa en sus caras que en mí ha desaparecido hace ya tiempo.*

*Hoy se me ha pasado muchas veces por la cabeza el darme un atracón: patatas fritas de paquete, bocadillos, cacahuetes, tostadas...*

*Mira, oye, ahora empieza el certamen de Miss España, a ver cuerpos que yo desearía tener, y no este culo que parece tener vida propia y que crece por día. Qué asco.*

Este carácter fragmentario es muy llamativo en los textos orales de las grabaciones. El pensamiento se formaliza en sucesivas tentativas, muchas veces inconclusas; es destacable la gran cantidad de anacolutos, hasta el punto de que resulta difícil encontrar un caso donde el comienzo de la intervención no suponga el uso alternativo de estructuras sintácticas diferentes. Prácticamente todos los enunciados se presentan compuestos de dos momentos: 1) arranque – interrupción, 2) nuevo arranque y desarrollo.

Sin embargo, no se trata de un discurso disperso temáticamente, deshilvanado; el tema está bien definido, es clara la intencionalidad comunicativa, de hecho no se abandona, se vuelve reiteradamente al comienzo en nuevas tentativas de desarrollo; lo que ocurre es que ciertos factores obstaculizan o impiden el libre fluir en la narración de los sucesos. Estos factores son diversos:

- a) En algunos casos, se observa la lógica dificultad para verbalizar vivencias profundas que se presentan con intensidad, pero formalmente indefinidas a la conciencia. Los titubeos reflejan esa inseguridad en los siguientes casos:

Dr.: Y cuando se sentía inferior / ¿en qué aspecto se sentía inferior?

B.: Como si no valiera como persona // como si no fuera a cayé- a caé bien // como si no fuera simpáaaaa- lo suficientemente simpáticaaaa oooo lo suficientemente interesante (6'') como si yo no meeee- no valiera yo lo suficiente.

- b) En otras ocasiones, las emociones que provocan los hechos que se cuentan hacen que se rompan los moldes lógicos del discurso. En el ejemplo siguiente se dan cuatro tentativas para expresar el tema de la obsesión por el adelgazamiento:

B: Eeeee- mi ohsesiónnn-// yo- yo me acuerdo ya que- ahora lo piensoooo yyyyy y se me pone un poco loh peloh de punta / ¿no? // Porque mi padre me llevó a una muhé-

Dr.: ¿Y la motivación que le llevó a ello [[tentativa de suicidio]]?

B.: es que no te- no veía solución §

Dr.: §No veía solución.

B.: Yo veía que yo ten- había- // con veintiún añoh- yo estaba en cuarto de carrera/ Había saca(d)o siempre to(d)ah mih notah /// y tenía 26 o 27 añoh y no había termina(d)o mi carrera // y no mmm- me veía- no me veía capá / con fuerza de terminarla.

- c) Pero en otros casos, no parece que sean las emociones las que no puedan contenerse, sino simplemente los datos que emergen a la conciencia asociados con lo que se cuenta. Del mismo modo que falta un tiempo previo de reflexión que permita meditar y estructurar la respuesta, tampoco hay una contención (dejar para después las aclaraciones, los comentarios, asociaciones, etc.) que permita una sucesión más o menos lineal del discurso. Los incisos hacen perder la conciencia de unidad del relato:

Dr.: ¿Cuándo empezó a beber?

B.: Salióooooo- aaaaa- empezaban loh botelloneh ///.. que s'hacían loh fineh de semana-// bueno / anteh de la universidad // yo creo que a lo mehor...//, cuando salía alguna veh me toméeee-me tomaba algooooo// pero noooo era algo queeee- a lo mehooooor era un tinto con limón// No loooo- yo eso no lo recuerdo /// yo recuerdo ya que en la universidad hacíamoh el botellón // en Palomareh- que se hacen /// y bebíamooooooooo- ¡uy...! /// yoooo-vamoh, yo bebía güihqui con Seven Up.

Como se puede observar, son constantes los reinicios y las autointerrupciones: reformulaciones de palabras, de ideas o de esquemas sintácticos. Muchas veces las oraciones no se concluyen buscando la intensificación, como en el ejemplo anterior, pero en otras ocasiones se debe a otros factores, como por ejemplo al tabú,

*María Márquez Guerrero: El discurso como síntoma, criterio de pronóstico y elemento terapéutico*

al deseo de ocultar una conducta que avergüenza, como ocurre en el caso siguiente:

B:... era capá de pegarle a alguien // pooooor-poooooorque  
no ehtooooor-estorbese el momento /// eh queeee  
meeeee- yo creo que se me trahformaba hahta la cara”

Podría pensarse que las continuas autointerrupciones, que dan lugar a ese particular discurso entrecortado, se utilizan como estrategia para ganar tiempo, pero eso explicaría la suspensión, con el alargamiento vocálico respectivo, o la repetición, no tanto la reformulación. En cualquier caso, el discurso no avanza ligero. Y muchas veces no se trata de una sucesión de enunciados cortados, sino de un único enunciado que no puede realizarse libremente, que encuentra obstáculos.

Tras esta primera aproximación al tipo de organización sintáctica global, podemos llevar nuestra atención al plano macroestructural. Una característica muy llamativa del discurso de A es su carácter binario, que se manifiesta en la **polarización** como esquema compositivo. Este rasgo explica la presencia sintáctica de numerosas estructuras bimembres y sintagmas no progresivos<sup>14</sup>, y, semánticamente, la presencia de figuras como la antítesis el paralelismo, la paradoja...

*... y después mi cabeza me martillea sin reparo y compasión*

*No sé si será cierto que la realidad que yo veo tan fiel y lícita,  
que la siento en mi piel y en el alma...*

*No se me olvida lo del peso, no se me olvida.*

*No dejaba de pensar en todo: en que sigo obsesionada, como  
siempre, en el lío con mis padres, en mis estudios que me tienen  
agobiada, mi angustia y desazón, estoy desesperada, muerta...  
Encima me encuentro fatal en la universidad, mareada, con fatiga  
y sin ganas de nada, apática.*

---

<sup>14</sup> “...esos momentos de la elocución en que todas las voces que los forman tienen una misma función sintáctica”, Dámaso Alonso, “Sintagmas no progresivos”, *Seis calas en la expresión literaria española*, Madrid, Gredos, 1979, p. 25.

María Márquez Guerrero: *El discurso como síntoma, criterio de pronóstico y elemento terapéutico*

*Aparte todos tienen muchas ganas de salir y pasarlo bien, y yo NO. Me siento entonces sola y distinta.*

La visión de un mundo polarizado vertebra el discurso de A: antítesis y paradojas exteriorizan el conflicto básico Apariencia / Realidad, la oposición entre el ideal deseado y la identidad despreciada:

*No sé cuantas veces he suspirado hoy y cuántas lágrimas he derramado. Me encuentro insegura, frágil, luchando una batalla que creo que estoy perdiendo. Me da vergüenza hasta salir de casa, porque cada vez me siento más indefensa, porque lo que ahora mismo soy no es lo que yo quería...*

El mundo exterior, y sobre todo, el interior es un ámbito en el que se desarrolla una guerra: por una parte, el enfrentamiento se produce entre la locutora del discurso (YO) y LOS OTROS: la familia, el novio, el doctor y la sociedad en general: por otra, la lucha más cruel se libra en el interior, entre fuerzas que se enfrentan en el propio sujeto. Esta última oposición se expresa con frecuencia a través de la antítesis “lo interior”: *(a)dentro, en lo más profundo, en mi interior*, que se identifica con la parte enferma, con la voz martilleante que la obsesiona, y “lo exterior”: *fuera*, identificada con la parte sana que colabora con el entorno familiar y el proceso terapéutico<sup>15</sup>.

También desde un punto de vista macroestructural habría que señalar la **recurrencia extrema, la repetición del tópico** textual (el motivo del peso) que da al discurso un carácter **circular** y un ritmo machacón y envolvente, imagen de un mundo herméticamente cerrado sobre el conflicto. El diario y las sesiones de consulta dan cuenta cada día del mismo tema. El discurso de B. ofrece, en cambio, más diversidad de tópicos, aunque es también recurrente el tema de la valoración y el reconocimiento por parte de los demás.

---

<sup>15</sup> La figura de pensamiento más frecuente es la antítesis. La base misma de la enfermedad es una paradoja: deseo de *adelgazar* → no comer, *enfermar*; deseo de *curarse* → comer, *engordar*, son dos impulsos antagónicos, y en la medida en que la paciente se identifica con ambos, sea cual sea el que se imponga, ella siempre resulta vencida.

*María Márquez Guerrero: El discurso como síntoma, criterio de pronóstico y elemento terapéutico*

Algo que aporta gran cantidad de información acerca de la enfermedad es el estudio de la **polifonía**. Es esencial la consideración del punto de vista desde el que se narran los hechos (vistos desde la parte enferma o desde la sana, desde la perspectiva de los otros o desde la propia) y, muy a menudo, la con-fusión de enunciadores. A aparece en su propio discurso representada por las tres personas gramaticales: Ella, que representa “una parte” de la paciente, una “voz” que habla en su interior. Las citas se hacen generalmente en estilo directo, y en notables ocasiones en estilo indirecto sin verbo de lengua explícito (la conjunción sirve de marca de estilo indirecto). A veces, la locutora reproduce literalmente los diálogos entre esta tercera persona y una segunda persona gramatical, que representa “la otra parte” de la paciente.

YO (locutora) / ELLA (parte enferma) / TÚ (parte sana) se reparten el espacio enunciativo y alternan mostrando un mundo interior fragmentado y confuso:

*Tú no te percatas de quién eres en ese momento en el que tu voz, porque es tuya, te gritas y te llamas gorda y te obligas a tirar comida y a sentirte vencida cuando comes Soy yo también, será otra parte de mí, pero soy yo, aunque “enferma” o al menos eso me dicen y creo.*

*Todo el día luchando contra una misma. Sí, es una constante en mi vida, esta lucha interna que tengo conmigo. Una voz, que no es otra que yo misma, me dice que debo seguir luchando aunque me sienta hundida y aunque me parezca que estoy perdiendo...; y después está la otra voz, que también es mía, tan mía como la otra, que me grita que no me deje engañar y que si no veo cómo estoy, y contesto que sí, que me veo y me siento gorda, muy gorda, sola y desesperada. Ella también lleva razón, y yo ¿qué camino he de seguir?*

La sombra, la voz que martillea dentro, “la cabeza”, “una parte de mí”, “un chip”, “mi propia persona” son los disfraces de la enfermedad, que se caracteriza por su conducta verbal agresiva: grita, insulta, amenaza, pincha, martillea...

Fragmentada, siente su persona como “un infierno” donde ella misma se quema; de ahí el miedo y el sentimiento de **extrañamiento**. Éste se hace evidente en la **confusión de la figura del enunciadore**: la locutora cambia bruscamente su punto de vista, se dispersa y se pierde entre voces distintas:



María Márquez Guerrero: *El discurso como síntoma, criterio de pronóstico y elemento terapéutico*

*Tú no te percatas de quién eres en ese momento en el que tu voz, porque es tuya, te gritas y te llamas gorda y te obligas a tirar comida y a sentirte vencida cuando comes Soy yo también, será otra parte de mí, **pero soy yo**, aunque “enferma” o al menos eso me dicen y creo.*

*Parece que son dos razones para luchar y a ello me estoy agarrando, pero hay **algo dentro de mí que es superior a mi ser**. Es una voz muy fuerte que destruye todos los esquemas que pueda tener y que hoy, viernes, me sigue pinchando para que me deje de tantas tonterías, que si no veo cómo me he puesto, que si no lo siento, que lo pare, que no ceda, que me deje llevar por esta voz que me requiere que me autodestruya porque me veo, me siento, me todo y lo dicen los papeles<sup>16</sup> GORDA.*

La confusión de puntos de vista, esa fragmentación interna, lleva en ocasiones a una reafirmación insistente del YO:

*... peleándome... y después yo, pues me siento muy cansada, doctor, porque es que yo veo que yo no me puedo curar, porque... yo intento hacer todo lo posible, pero yo soy como al revés de la gente, ¿no? ... Y me da miedo, estoy asustada porque después esa voz que está ahí martilleando día tras día, lo único que queda atrás es una persona asustada y débil, ¿sabe?, que no sabe lo que hacer.*

El extrañamiento se observa muy claramente en aquellos casos en los que la conjunción disyuntiva tiene un valor no excluyente, casi de identificación de los términos relacionados:

*... cruzo una mirada de reojo con ese cristal de la facultad donde me veo reflejada y percibo mi ser. Ese ser que soy o que aparento ser, y entonces veo dolor, inferioridad, temor y sobre todo impotencia de no poder cambiar una realidad que no me gusta...*

*Si yo sé que no gano nada porque voy donde siempre: a un ingreso o una cama o a lo que sea. Pero en cierta manera, mi cabeza o yo misma pienso que estando delgada me voy a sentir mejor.*

---

<sup>16</sup> Esta secuencia es una réplica a un discurso imaginado, muchas veces repetido, por el que el doctor, la psicóloga, su familia, etc. la hacen dudar de sus propias percepciones “distorsionadas”. Obsérvese la paradoja de “algo dentro de mí que es superior a mi ser”, que expresa con gran fuerza expresiva el sentimiento de extrañamiento.

*María Márquez Guerrero: El discurso como síntoma, criterio de pronóstico y elemento terapéutico*

En el caso de A, la polifonía es manifestación de la escisión de la mente, pero nunca aparecen los otros; porque la conciencia siempre permanece cerrada en sí misma. En cambio, el discurso de B está abierto a la voz de los otros. Las citas, en estilo directo, indirecto y en estilo indirecto encubierto, nos traen sus puntos de vista y sus emociones. La representación o dramatización de los hechos provoca la aparición de múltiples voces, así como la presencia de dichos, frases hechas, expresiones cotidianas, en lugar de las metáforas personales de gran fuerza expresiva que siembran el discurso de A.

Las voces que pueblan el discurso de B, en ocasiones, están bien definidas, individualizadas. En otras, como si de un coro se tratara, se unen y se separan sucesivamente, o se confunden constituyendo un auténtico entramado en el que no es fácil distinguir a quién corresponde cada una o qué punto de vista se sigue en la narración de los hechos. Voces de la locutora misma en otro tiempo; de la madre, de conocidos; voces imaginadas de amigas a las que se les adjudican pensamientos supuestos; la cita de las palabras de una tendera; el diálogo, reproducido con intención de literalidad, con un antiguo amigo; el discurso hipotético que verbaliza un pensamiento que nunca se ha exteriorizado.

En algunos casos, la paciente se cita a sí misma, como en el ejemplo siguiente, en el que recuerda el diálogo con una amiga en una mezcla de estilo indirecto (“tengo escrito de que...”) y estilo directo (“¡uy...”)

B.:... y fue una época como que yaaaa no recueRDOOO  
/// como que pasó pero que lo dejé de hacé // y ademáh  
tengo escrito de que- de horah de clase deeee-.... ¡Uy,  
ya no lo voy a hacé máh, porque me duele mucho // ehto  
eh un rollo // me da miedo a vé si voy a caé yo en esa  
enfermedá...! /// Así, hablándolo con ella / ¿no?

En otro caso, el estilo indirecto nos trae la voz de una curandera, voz que se confunde con la de la paciente, de modo que no sabemos si la justificación al diagnóstico procede de la curandera o de la paciente, o de ambas, confundidas en el relato de los hechos. Junto a ellas, el padre y el diablo como interlocutores de un diálogo ficticio que verbaliza sentimientos y pensamientos que nunca se hicieron explícitos:

*María Márquez Guerrero: El discurso como síntoma, criterio de pronóstico y elemento terapéutico*

B.:... porque mi padre me llevó a una muhéeee que decía que eraaaa /// curandera y to'o /// decía que yo estaba *PO-SE-Í-DA* o ¡YO QUÉ SÉ! // porque es que yo llegué a un momento- a un momento- a-como yooooo // como si yoooo ehtuviera hablando con el diablo // que yo le decía que le vendía mi alma por tal d'ehtá delgá // que me pusiera delgá // que yoooo le vendería mi alma- que él a mi alma- / ¡qué tontería!

“porque mi padre me llevó a una mujer que decía (¿quién, la curandera o el padre?) que era curandera y todo”. Y a continuación: “decía que yo estaba poseída o yo qué sé, porque es que yo llegué a un momento...”, nuevamente con mezcla de estilo indirecto y directo: el “yo qué sé” es un comentario a la reproducción directa del término *poseída*, pronunciado con énfasis como marca de cita de la palabra literal de la curandera. Al mismo tiempo, la subordinada causal justifica la utilización del término de la definición ajena, que ha sido asumida como propia. El tiempo verbal esperable, si el enunciador del discurso hubiera sido la curandera sería el pluscuamperfecto: “decía que yo estaba poseída porque había llegado a un momento...”. El indefinido, y la repetición del pronombre personal sujeto, nos indican que éstas son palabras de B. La confusión de enunciadores manifiesta la fusión de los puntos de vista, hace que se presenten compartidos tanto el diagnóstico como su justificación; la responsabilidad enunciativa es tanto de la curandera, como de la paciente, que hace suyo el sistema conceptual de aquella.

Las citas se multiplican constituyéndose en ecos, el reflejo lingüístico de un auténtico juego de espejos:

B.: Me veo a veceh como- veo a loh demáh // y loh veo con máh personalidá que yooooo /// yyyy sin embargo luego loh demáh me ven a mí / y me ven como una persona con su- con una personalidáaaa arrolladora /// Ven una cosa de mí que yo no veo para nada.

Como es sabido, las citas en ED no buscan tanto transmitir la literalidad de las palabras como la representación vívida de los hechos, que así adquieren mayor verosimilitud y mayor fuerza expresiva. Tampoco los receptores esperamos una comunicación exactamente literal, de hecho las condiciones la revelan como imposible en ocasiones; es lo que ocurre en el ejemplo siguiente, donde la paciente ni siquiera estaba presente cuando se

*María Márquez Guerrero: El discurso como síntoma, criterio de pronóstico y elemento terapéutico*

pronunciaron, sino que le llegaron referidas, ¿directamente, indirectamente? de su hermana. El ED es siempre histriónico:

B.: Y también tengo que contá mucho- que me llama mucho la atención /// cuando yooooo /// mmmm // anteh de desarrollarme- que ya nec-ehta- que ehtaba necesitada de suhetadó /// me daba °(ver-güen-za ir a comprarme el suh-)°-/// el primé suhetadó me lo tuvo que i a comprá mi hermana // y la muhé de la tienda decía: ¡Bueno, pero ¿por qué no viene tu hermana a comprárselo?!

Con todos los rasgos expresivos de la modalidad: interrogaciones, exclamaciones, etc., los hechos con toda la inmediatez de la vida.

Junto al ED y al EI, otros medios de traer la voz de los otros son las citas encubiertas o enmascaradas, sin marcos ni señales explícitas. El contexto suele contener la mención de un acto de habla que cumple la función de fuente explícita o implícita. Estas citas

*“revelan, junto al pensamiento del hablante, el pensamiento o la voz ajena: es como si el hablante usara su voz y otras voces al mismo tiempo, de modo que no se sabe bien quién dice qué, y hasta dónde el hablante se hace responsable de lo que dice.” (Reyes 1994:17).*

La voz ajena puede ponerse de manifiesto sólo por el contexto lingüístico, o también por la aparición de expresiones o un léxico que denuncia la presencia del otro. Veamos el siguiente caso, donde las expresiones utilizadas (la paciente habla de su madre) nos llevan a considerar cómo en su discurso se escucha el eco de la voz de aquélla:

B.: Claro/ claro // porque yoooo // cuando venía / pueh / a lo mehó por la nocheeee deeee la facultá // pueh ya decía que había cena(d)o /y claro / pueh como mi madre- *pueh yo siempre he sido una niñaaaaa / pueh yo he sido una niña que ha comido bien / que no ha tenido nunca problema con la alimentación // pueh mi madre ¿cómo iba a dehconfiá de mí?*

Si consideramos la edad de la paciente (29 años) está aún más claro el carácter de cita encubierta.

*María Márquez Guerrero: El discurso como síntoma, criterio de pronóstico y elemento terapéutico*

En otras ocasiones, el enunciador de la cita encubierta es alguien indeterminado, representante de esquemas de pensamientos o actitudes dominantes. En el siguiente caso, la locutora sin decirlo expresamente, se hace eco de un lugar común al referir cómo tenía entonces asumido el canon de belleza, socialmente reconocido, basado en la extrema delgadez:

Yo me veía LA MÁS GUAPA DE LA MUERTE

Y decimos “entonces” porque el verbo de percepción señala una distancia, una cautela epistemológica respecto del juicio; esto es, transmite un significado evidencial:

*“el hablante tiene la intención de expresar algún escrúpulo acerca del conocimiento de lo que afirma”*  
(Reyes 1994:25).

El verbo de percepción en tiempo imperfecto señala una superación actual de la perspectiva patológica.

Estos procedimientos, que son habituales en nuestras conversaciones, llaman la atención en el caso del discurso analizado, aparte de por su extraordinaria frecuencia, por su valor comunicativo o su **funcionalidad**, no meramente expresiva. El uso de este recurso ha de ponerse en relación con el eje temático del discurso: la dependencia del reconocimiento y aceptación de los demás, el deseo **de integración o de marcar la pertenencia al grupo**. En realidad, manifiesta la tendencia a la identificación-fusión, que ella misma hace explícita cuando habla de ser “parte” de otra persona, de ser su “sombra” o un calco, del deseo de anularse y dejar de ser una misma, suprimiendo los gustos propios con tal de agradar. Vitalmente, el centro está fuera. Lingüísticamente, también.

Este deseo permanente de reconocimiento se expresa también en la búsqueda de la implicación del interlocutor, en este caso, del terapeuta. Los modos particulares de la interacción conversacional puede proporcionarnos datos interesantes sobre los modelos de relación doctor-paciente. En este caso, la búsqueda de la aceptación del terapeuta se observa en detalles como los siguientes:

- La presencia de constantes marcadores interactivos. En la mayoría de las ocasiones, no se trata sólo de

asegurar que la comunicación se desarrolla con éxito (función fática), sino del deseo de mantener la atención de su interlocutor para que éste siga el hilo del discurso y le resulte comprensible e interesante (función conativa). Es el caso de *¿sabe?, ¿me entiende?, ¿eh?, ¿no?*

- Construcción conjunta del discurso, en forma de acotaciones intercaladas a propósito de las reacciones de su interlocutor, bien reconsiderando lo que ella misma ha dicho conforme a la reacción que observa, bien reafirmando ante los gestos de incredulidad
- Dramatizaciones que despliegan el acontecimiento como si ocurriera en el presente desde el que se habla, con lo cual se consigue dar la impresión de realidad compartida. La presentación dramatizada busca mantener la atención y el interés del interlocutor. Por otra parte, es un medio muy adecuado para la transmisión de significados afectivos.

Como último apartado de este estudio de Sintaxis Textual, desde un plano microestructural, nos ocuparemos de los tipos de oraciones. Como hemos advertido, la presencia de un alto número de oraciones por periodo, así como la presencia de esquemas oracionales elaborados (se considera que las oraciones de relativo, así como las completivas de objeto son los esquemas más elementales, frente a concesivas, condicionales, causales... que muestran una mayor complejidad) puede ser un índice del tipo de sintaxis textual. Además, el hecho de una presencia alta de algún tipo de oraciones puede ponernos sobre aviso acerca de la repetición de un determinado esquema mental. Por ejemplo, en el caso de A, observamos un número elevado de adversativas y concesivas, que manifiestan la constante bifurcación del pensamiento en argumentos contraorientados:

*No tengo fuerzas para levantarme, pero tengo que hacerlo.*

*Me decía: ¡cállate, no digas nada!, pero si te comes eso te pondrás como una enorme foca y lo sabes..., pero qué hacer...*

*Ayer no quería comerme el dulce... pero al final, como siempre caí, soy una idiota y una desgraciada.*

*María Márquez Guerrero: El discurso como síntoma, criterio de pronóstico y elemento terapéutico*

*Vale, yo me lo como con el mayor esfuerzo que nadie puede imaginar, pero después este sentimiento de culpabilidad de derrota, de pérdida, de idiotez está aquí dentro y no se olvida, sino que queda aquí clavado un día tras otro y no desaparece.*

A la Sintaxis Textual, puede seguirle el análisis de los elementos según los diferentes planos del estudio lingüístico: fónico, morfosintáctico, léxico-semántico.

### **1) Plano fónico**

El estudio de recursos como el alargamiento vocálico, la pronunciación silabeada, el acento de intensidad, la entonación, los cambios de ritmo, las pausas y los silencios, en fin, todos los elementos que forman parte de la expresión de la modalidad lingüística, pueden constituir una fuente inagotable de información acerca de las actitudes del sujeto. El problema reside en la falta de sistematicidad, por lo que la interpretación habrá de ser siempre contextual.

El alargamiento vocálico, así como la ralentización del ritmo en el discurso de B sirven en muchas ocasiones a la intensificación, un deseo de potenciar el contenido informativo, presentándolo con un relieve del que las palabras no pueden dar cuenta. Los hechos así narrados resultan realzados hasta situarlos en un plano diferente y extraño a la lógica. Sin embargo, este recurso de intensificación es también una estrategia, pues sirve para construir un discurso que legitima / justifica la conducta bulímica, esto es, la dificultad para poner límites, para asimilar una experiencia que de por sí se presenta como emocionalmente incontrolable, inabordable:

Dr.: ¿Y recuerda la sensación que tuvo antes de comerse los Donuts que se comiera? /// ¿qué sintió?

B.: Yo sentía unaaaaaahhh ganaaaaaah tremendah deeeee- no sé // se me hacía la bocaaaaa agua de pensá en comermeeeee Donuts...

Dr.: ¿Le daba placer?

B.- Nnnnn NO SE LO PUEDE imaginá /// eh la cosa máh grande deeeee- Yo me sentíaaaaaa- o o sea // que si a mí en ese momento- aaaaaa- me quitaran la comida de la bocaaaaaa /// era capá de pegarle a alguien.

*María Márquez Guerrero: El discurso como síntoma, criterio de pronóstico y elemento terapéutico*

Los enunciados suspendidos no son enunciados rotos; comunicativamente están completos<sup>17</sup>; la suspensión es el medio de expresar un contenido que se siente inefable. En ese sentido, tienen mayor fuerza que ningún enunciado completo, nada podría expresar la experiencia, que se desea comunicar como extraordinaria, de por sí inefable, mejor que la suspensión o el silencio.

El alargamiento vocálico reproduce fonosimbólicamente la sensación placentera, que se prolonga y crece. Igual que los anacolutos, la lengua crea la fantasía de una realidad abierta, ilimitadamente placentera. Cualquier repetición finge una proyección de la acción al infinito. Por supuesto, esto resulta apoyado desde el plano léxico, por elementos que cuentan con el rasgo semántico de intensidad.

Hay que llamar la atención sobre la ausencia de determinante ante el sustantivo “donuts”. Por una parte, no puede olvidarse que se trata de un vacío intencionado, fruto del tabú acerca de la cantidad de comida ingerida. Por otra parte, el verbo y el objeto sin determinante presentan una fusión tal que parecen constituir una unidad de sentido, que hace referencia no a la actividad y al término de la acción, sino, como conjunto, a un tipo de experiencia.

Hay que destacar la importancia del ritmo, concretamente de los bruscos cambios en su fluir. La precipitación es muchas veces manifestación de un tabú, del deseo de ocultar una realidad que avergüenza. En cambio, la lentitud extrema generalmente expresa la dificultad de asimilar alguna emoción intensa, el afecto concomitante al recuerdo de hechos que no se viven con naturalidad, aunque en ocasiones sea simplemente el medio de conseguir un tiempo extra para la elaboración del discurso:

B: No sé // yooooo- yoooo siempre he tenido mucho  
complehoooooo de inferioridá /// yo siempre en el  
coLEHIO- habíaaaa una AMIGA que era a la que yo  
quería parecerme / a la que idolatraba ///. Luego en el

---

<sup>17</sup> A. Narbona, *Las proposiciones consecutivas en español medieval*, Colección filológica, XXVIII, Univ. de Granada, 1978, y “Problemas de sintaxis coloquial andaluza”, *RSEL*, 16/2, 1986, pp. 229-275.



*María Márquez Guerrero: El discurso como síntoma, criterio de pronóstico y elemento terapéutico*

instiTUTO fue otra- que yo iba siempre como laaaaa...  
[y muy rápidamente] como la sombra de esa amiga; [a continuación el ritmo se hace muy lento]; eraaaaa- yo era- quería ser °(la alfombra de esaaaa, de esa persona)<sup>p</sup>  
/// luego en la UniversiDAaaaaa me volvió a pasar lo mismo con OTRAAAAA amiga.

## **2) Plano morfosintáctico**

Los rasgos que se han mostrado como relevantes en los textos analizados han sido:

- En relación con el adjetivo, la ausencia de ciertos tipos, como los descriptivos, en el caso del discurso de A, adjetivos que habrían transmitido las notas de un mundo donde estaría representado lo sensorial, y no solamente lo conceptual o afectivo.
- Por otra parte, es también característico y muy significativo el uso de la gradación, así como las diferentes formas de manifestarse<sup>18</sup>.
- La utilización de verbos modales, con un carácter evidencial, puesto que suponen el establecimiento de una distancia con respecto al valor de verdad del propio discurso, puede servir en el plano terapéutico como criterio pronóstico al significar la aparición o el predominio de una conciencia crítica con respecto a la anterior percepción que ahora se considera dudosa.

El uso del adjetivo resulta esencial en nuestro análisis. En el caso de A, los adjetivos que se utilizan son escasos y generalmente valorativos, evaluativos, presentando un universo moralmente polarizado. Además, predominan con mucho los pertenecientes al polo negativo, coherente con la experiencia del conflicto. En muchas ocasiones su uso está orientado a conseguir la

---

<sup>18</sup> Por supuesto, en otros análisis discursivos se pueden mostrar como pertinentes elementos como el carácter predominantemente activo o pasivo de las construcciones verbales, el caso semántico desempeñado por el locutor (agente, objeto, destinatario, locativo), o la presencia /ausencia de cuantificadores, por nombrar sólo algunos rasgos.

*María Márquez Guerrero: El discurso como síntoma, criterio de pronóstico y elemento terapéutico*

intensificación, de ahí la acumulación de adjetivos, muchas veces en gradación:

*Esta semana no llevo ningún amarillo, y me siento sucia, llena, desgraciada, inútil, vencida.*

*Voy buscando esa figura que tanto odio en los espejos y escaparates para reafirmar la idea de que soy una enana gorda espantosa.*

Es muy frecuente la estructuración en tres partes: A, A+, B, B+, C, perfectamente cerrada por el tercer elemento que resume y condensa, como un apotegma, la situación vital: hundida:

*Lo que veo en ese cristal no es más que una chica gorda, gordísima, triste, muy triste y hundida.*

Morfológicamente, la intensificación se consigue a través de sufijos:

*¿Para qué quiero comprarme ropa con ese culazo que me hace y estas inmensas caderas? No, ya no me pienso probar nada más en este asqueroso cuerpo. Estoy gordísima, supergorda, exageradísima, ¿es que no me véis?*

El adjetivo en estos casos es el vehículo idóneo para transmitir la imagen distorsionada que percibe de su propio cuerpo, y, por tanto, el rechazo de sí misma.

La ausencia de adjetivos descriptivos es muy llamativa en el discurso de una paciente obsesionada con la imagen. Y es que, aunque resulte paradójico, el gran ausente del discurso es el cuerpo. Nunca es el “tópico” de un texto de tipo descriptivo, siempre el objeto de enunciados estimativos. Llama la atención que aquello que es el centro del conflicto no sea descrito jamás en detalle, sino siempre con una perspectiva global o generalizadora, que lo descalifica.

Es cierto, los textos de que disponemos presentan prácticamente siempre enunciados estimativos (“*creo que estoy gorda*”, “*me siento, me veo, gorda*”) donde la atribución se realiza dependiente de verbos de entendimiento, percepción u opinión, los cuales presentan la realidad como fruto de una valoración personal, y, por tanto, relativizada. La paciente ha recibido tratamiento anterior y ya ha incorporado el hábito de mantener una mirada crítica frente a sus propias percepciones. Así, cuando se

*María Márquez Guerrero: El discurso como síntoma, criterio de pronóstico y elemento terapéutico*

encuentra en una época difícil, por aumento de peso, desaparecen los verbos modales, y los enunciados estimativos son sustituidos por enunciados constataivos.

Como no es descrito en términos reales, nada sabemos del color del cabello, de los ojos, del tamaño de los pies o de la nariz... El cuerpo sólo interesa en cuanto centro del conflicto; como objeto resulta deformado hiperbólicamente, hecho que justifica una conducta autoagresiva.

El silencio al que el cuerpo real es condenado no es casual, es el reflejo del rechazo, del deseo explícito de negarlo, “hacerlo desaparecer”. Del mismo modo que no hay descripción del objeto, tampoco se evocan sensaciones que no sean la repugnancia, la náusea, el dolor. No hay en el discurso de A ni olores, ni sabores, ni tacto... Es una muerte simbólica del cuerpo; el silencio, como un velo denso, cubre una realidad que no se nombra porque no se considera aceptable. Ni A reconoce su cuerpo, ni nadie puede acercarse a él, ni siquiera simbólicamente. El cuerpo es el gran tabú, nunca el protagonista.

En relación con el uso del verbo, es especialmente significativa la ausencia del futuro, y prácticamente también de los tiempos de pasado, a excepción del pretérito perfecto. Como ya hemos comentado, el único tema, presentado de manera recurrente, en torno al cual gira de forma obsesiva el discurso de A es la disconformidad con la propia imagen. Este hecho da al texto un carácter circular, cerrado, como ya hemos considerado. El relato de la enfermedad, que en este caso comenzó hace años, se desarrolla en un tiempo continuo, un ámbito neutro en el que se han eliminado las perspectivas o referencias temporales. Por eso, no suele haber diversidad de tiempos que establezcan contrastes significativos. Para expresar esta vivencia de tiempo estancado, detenido, el presente es la forma más adecuada por su carácter no marcado, abierto, flexible. Al ser un tiempo imperfectivo, presenta la acción en su transcurso, acción que coexiste con el acto de la palabra, pero que no tiene una existencia puntual, sino que viene del pasado, puede continuarse en el momento en que se habla y proyectarse indefinidamente hacia el futuro.

Los rasgos que caracterizan el discurso de A no presentan, en general, cambios notables a lo largo del tiempo de tratamiento. A la fase crítica del comienzo, le sigue una fase de toma de

conciencia del conflicto, en la que la paciente bucea en sus emociones y trata de describir su estado. Por eso, se percibe cierta distancia (de ahí la importancia de la frecuencia en esta fase de los verbos modales: creo, me veo, parece...) lo cual supone que ya no transmite sus juicios con un grado incuestionable de seguridad, sino que está poniendo en tela de juicio sus propias percepciones. A esta fase de relativa mejoría, sucede otra que coincide con el aumento de peso, en la que los síntomas de la enfermedad se intensifican (paralelamente, también los rasgos lingüísticos de polarización, recurrencia y circularidad, descripciones hiperbólicas, etc.). Hay, sin embargo, una etapa muy breve en la que se produce una auténtica transformación, tanto en el tono general de los textos, como en los recursos empleados. Se trata de un cambio que marca una inflexión en la historia de A. Estos cambios coinciden con la época que sigue a su estancia en el campamento de verano. En las semanas inmediatamente posteriores, los textos se presentan como el negativo de todo el discurso precedente y el que continúa luego. El análisis de estos textos nos va a servir para definir negativamente la enfermedad.

La inflexión es vívidamente sentida en la conciencia y se manifiesta en la constante contraposición de un antes, de enfermedad y sufrimiento, y un ahora de potencialidad abierta. La constante presencia del adverbio *ya* apunta al comienzo de experiencias negadas en el pasado, y nos presenta la vida de A en este momento claramente proyectada hacia el futuro. De ahí que, por vez primera, aparezcan tiempos verbales de futuro en enunciados realizativos, la mayoría de los casos con verbo performativo implícito: [*prometo que...*] *conseguiré, seré feliz, sabré decir...* La fuerza ilocutiva de estos actos es manifestación de la conciencia de poseer el control sobre la propia actividad.

La presencia del adverbio *aún* señala la persistencia de ciertos síntomas, hecho que supone que A no percibe su enfermedad como definitivamente curada.

Frente al carácter polarizado del discurso precedente, se da una disminución considerable de los procedimientos de oposición: antítesis, paradojas, y en general planteamientos dicotómicos, con lo cual disminuye la frecuencia de bimembraciones o sintagmas no progresivos. La consecuencia es que el discurso fluye más rápido, menos machacón y más preciso. También es notablemente inferior

*María Márquez Guerrero: El discurso como síntoma, criterio de pronóstico y elemento terapéutico*

la presencia de oraciones adversativas y concesivas, expresión de la coexistencia de ideas antiorientadas argumentativamente. En realidad, todos estos rasgos definen un comportamiento en el que el conflicto ha sido sustituido por una experiencia de integración. Esta supone un cambio de plano, la eliminación de la polaridad, no por la victoria de uno de los polos sobre el otro: delgada-enferma / gorda-sana, sino por la instauración de un nuevo orden de cosas en el que la dicotomía deja de ser operativa. Desde la aceptación de la identidad personal, dejan de ser relevantes el peso, las medidas, las comparaciones con otras chicas...

*Me gustaría no pensar nunca en la comida, en el sentido de si engorda o no..., creer que realmente no estoy gorda de verdad y por siempre, sino que soy yo, que soy así porque tengo que ser así. No compararme con otras chicas..., no quiero tener miedo a la comida, y comer cuando tenga hambre. Ya la comida ha dejado de ser el eje sobre el que gira mi vida.*

Como es de esperar, baja el índice de recurrencia, se diversifican los intereses, los tópicos discursivos (lecturas, amigas, estudios, aparte de las habituales referencias a su familia y, especialmente, a su novio). Cuando en septiembre se restablezca la vida normal, también el discurso volverá a sus parámetros habituales: vuelve a construirse circularmente sobre el tema de la imagen (miedo a engordar, la presencia recurrente de los espejos...). Nuevamente se expresa la escisión interna en la confusión de enunciadores; el discurso vuelve a poblarse de voces contrarias, se multiplica y descompone como si ocupara el centro de una galería de espejos.

En estos momentos posteriores a su estancia en el campamento, por tanto, de recaída, ocurre algo nuevo que tampoco se había dado en la primera fase del tratamiento. Con frecuencia, el sujeto sintáctico no es la primera persona gramatical, el yo de la locutora, sino alguna parte de ella: *mi mirada, mis ojos, mi cuerpo*, de modo que el YO se muestra fragmentado, y no aparece como agente, sino como lugar en el que se despliegan estados, procesos que sufre y que no controla:

*Tengo un poco de miedo, porque el otro día mi hermano pequeño me dijo: "yo no voy a comer para adelgazar". Cuando mis oídos escucharon esto, mi cuerpo se descompuso.*

*María Márquez Guerrero: El discurso como síntoma, criterio de pronóstico y elemento terapéutico*

El sujeto sintáctico es una parte desgajada de la persona, que globalmente no actúa ni controla directamente la acción, sino que asiste a ella. El contraste con los enunciados realizativos de la época anterior es absoluto:

*Juro que algún día, aunque me cueste..., conseguiré ver la vida con mis ojos.*

Ahora la contrariedad se expresa en la frecuencia altísima de oraciones adversativas; la enunciación de casi cualquier idea va acompañada de su matización, de su negación parcial o incluso de la afirmación de su contraria:

*Al ponerme el bikini me he mirado y me he visto gorda, lo siento de verdad, no debería sentir eso, pero ¿qué hago si lo siento? Sí, me veo y me siento gorda, desde los pies hasta la cabeza. Debo aceptarme tal como soy, pero todo esto se me hace muy difícil. Quiero pero no puedo, intento mirarme en un espejo, pero no veo lo que quiero, por tanto huyo de mí misma. Quiero recuperarme y curarme, y lo juro que es lo que más me gustaría, pero dentro de mí hay una voz que no me deja...*

Han desaparecido los tiempos verbales en futuro; la energía se despliega en un día a día lento, costosísimo, en un presente neutro en el que se difuminan todas las cosas.

En el discurso de B, al haber una mayor variedad de tópicos, abundan los relatos de hechos del pasado, y por tanto, el uso del imperfecto y el indefinido. Las que no aparecen tampoco son las formas verbales en futuro. Es llamativo el uso del presente narrativo, hecho que se explica por su deseo de dramatizar, de dar realidad a los hechos presentándolos como si ocurrieran en el momento de referirlos.

### **3) Plano léxico-semántico**

El análisis del plano léxico-semántico nos muestra que es muy frecuente el uso de términos, especialmente de adjetivos, entre cuyos rasgos semánticos destaca la nota de 'intensidad': imagen horrible y monstruosa, horroroso, enorme, bestial, infernal, terrible, desesperada, muerta, despreciable, ruin, miserable, hundida. Junto a esto, hay que destacar la utilización de expresiones hiperbólicas:

*María Márquez Guerrero: El discurso como síntoma, criterio de pronóstico y elemento terapéutico*

*... y he dicho: "han ganado ellos", o sea, porque cada diez minutos m'he harta'o de llorar.*

*Sentía todas las miradas clavadas y aparte yo me escondía para que nadie me mirase comer, me da vergüenza.*

*He ido a la peluquería, ha sido horrible, toda rodeada de espejos por todas partes que reflejaban esta odiosa figura. La imagen entraba por mis ojos, iba con fuerza a mi corazón y se calcinaba en mi cabeza.*

*He salido a dar un paseo. Todo me queda horrible. Estoy gordísima, todos los pantalones me hacen un culazo..., yo me veo gordísima... me he sentido triste, inferior y agobiada, y sabía además, porque mi cabeza ya lo tiene todo calculado, que me esperaba la cena... Y aquí estoy metida en la cama escribiendo y cansada un día más de mi asquerosa vida.*

A: El día ha sido terrible,/ el almuerzo exaheradísimo,/ no se puede imaginá loh picoreh y el frío que m'han entra(d)o cuando he vihto el plato d' espagueti./// Lo huro, era inmenso, incomible, me comía él a mí (7'') Abrí los ohoh y cohí el tenedó yempecé a comé / pero cada boca(d)o me partía el corazón // me hacía sentirme basura / miserable,/ desgraciada...

La imagen de la realidad que el discurso devuelve (citando a A) se define por su carácter desmesurado, fuera de los límites normales. La palabra va construyendo un mundo de sentimientos tan intensos que amenazan con la destrucción. Este discurso actúa como alarma: el miedo moviliza a la acción contra el aumento de peso. Por otra parte, llevando a la conciencia a una percepción límite del propio cuerpo, sirve de justificación del deseo obsesivo de adelgazamiento. La imagen distorsionada actúa como generadora de miedo, y, en este sentido, como base y refuerzo de la enfermedad.

La intensificación también se consigue mediante el uso de metáforas, en lo que podemos considerar una representación alegórica de la enfermedad: guerra, infierno, prisión, pozo, túnel, laberinto, por su potencialidad de destrucción, por la falta de libertad que condiciona una atmósfera opresora, angustiosa en su falta de luz, una trampa sin salida, vacío enorme, todo oscuro. El sentimiento de estar encadenada, esclavizada, prisionera, identifica

*María Márquez Guerrero: El discurso como síntoma, criterio de pronóstico y elemento terapéutico*

a la paciente con un prisionero de guerra, con un rehén de la enfermedad, voz martilleante que pincha, se clava y duele; me martillea sin reparo ni compasión: *esa voz punzante me atraviesa, está destruyendo mi vida.*

El carácter extremo de las cualidades y estados del cuerpo se manifiesta a través de la comparación con animales: foca, vaca, cerda sebosa, “*ese monstruo que estoy hecha*”, y con objetos: bola, montaña. También la comida es objeto de procesos metafóricos que la presentan como una realidad inabordable. Por ejemplo, un plato de arroz es una inmensa montaña que se la traga; otras veces la “gran batalla” de la comida la libra con “una dorada que parecía un tiburón”, etc.

También en un plano léxico-semántico hay que destacar la presencia de eufemismos y tabúes que sirven como manifestación de la evasión del conflicto. El miedo provoca la evitación de realidades, que, al no ser nombradas, parece que no acaban de existir plenamente en la conciencia:

*Hoy me he levantado pensando ya en el peso... No sé lo que peso, hoy he estado tentada a ir a la farmacia, pero no me he atrevido, porque temo ver un número que me asuste... ¡ojalá al menos pese menos de 50, juy! el mismo hecho de escribirlo me entra pánico.*

De hecho, en otras ocasiones no se atreve a pronunciarlo o escribirlo:

Dr.: ¿Qué pesadillas? A ver, cuente algunas.

A: Una vé me levanté preguntando: Mamá ¿peso cincuenta y treh o cincuenta y c...? Yo qué sé...

El registro, símbolo del plan de vida, y, por tanto, de la exigencia de límites y control externos, es algo cuya presencia se intenta atenuar; para ello se utiliza con mucha frecuencia el neutro eso:

A: Eso que ehtá ahí, que todo el mundo ehtá orgulloso... Yo he pasado un infierno para eso.

Dr.: ¿Cómo se siente después de haberlo conseguido?

A: Me siento dehtrozada y vencida. Pueh así, o sea, que no le veo eso para mí..., que lo he hecho por vosotroh, pero no por mí.



Como manifestación de tabú –o al menos del deseo de minimizar la importancia del papel de la madre- puede interpretarse esa tendencia a atenuar la personalización cuando se trata de ella, hecho que se manifiesta en la ausencia del pronombre de tercera persona aún cuando la situación lo hace necesario, pues ni el contexto lingüístico ni el extralingüístico aclaran cuál es el sujeto gramatical del verbo en tercera persona:

A.: ... Bueno /, d' ehcaqueo me he vihto en el ehpeho...

Dr.: ¿De escaqueo?

A.: Y me veo mucho máh gorda.

Dr.: ¿Le pusieron el trapo como dije yo? ¿Cómo han hecho para que no se vea?

A.: No, // a ohcura./// Cuando me ve que voy a pasá por donde el ehpeo, // me apaga la lú, / y cuando me ve en el vate me la enciende.(8'') El ehpeho da...

**III.** Propuestas terapéuticas. Considerado de este modo, el discurso es expresión e instrumento de la enfermedad, pero por esa misma razón contiene las claves que nos pueden ayudar a neutralizar sus efectos. Si este es un discurso que atrapa y enferma, es posible construir otro diferente que sirva de base conceptual legitimadora de una conducta sana. El discurso perteneciente al corto período del verano en el que se produce la inflexión nos va a servir como pauta de orientación para la “reconstrucción” de este discurso alienante. La propuesta terapéutica consta de varios momentos:

- En primer lugar, es necesario contar con la grabación de sesiones de consulta y con los diarios, que serán la base de nuestro análisis.
- Es necesario, compartir con la paciente los resultados del análisis como medio de establecer una conciencia crítica de la situación personal. La experiencia llevada a cabo mostró que no sólo se sentía “representada”, sino que le había servido para “descubrir” mecanismos inconscientes.
- En tercer lugar, es necesario construir otro discurso. Para esto, es fundamental el ejercicio de redacción siguiendo determinadas pautas, que en este caso concreto de A serían las siguientes:

*María Márquez Guerrero: El discurso como síntoma, criterio de pronóstico y elemento terapéutico*

- Necesidad de introducir nuevos temas, materias diferentes a cualquier consideración del cuerpo como imagen, ya sea estudios, amigos, viajes, etc. Este hecho supone la ruptura de la circularidad que debilita y asfixia. El hecho de contar con personas y hechos diferentes, el verbalizarlos, ya es un modo de superar la enfermedad.
- Necesidad de evitar planteamientos dicotómicos La expresión del enfrentamiento garantiza el mantenimiento del conflicto. Es necesario buscar la funcionalidad de la enfermedad, lo cual evitará esa concepción de guerra entre partes. Como se considera en el Constructivismo, la historia que presenta la paciente es la mejor historia que ella ha sabido o podido construir. Y los síntomas de la enfermedad no son “aberraciones” contra las que luchar, sino un comportamiento que se puede comprender, puesto que tiene su lógica en tanto que salida inadecuada a un conflicto.
- Necesidad de una expresión que evite la magnificación, que huya de la hipérbole. La desmesura en la presentación de los hechos puede proporcionarnos la misma seguridad que una alarma, pero su abuso lleva a la instauración definitiva del miedo, y, por tanto, a un modo de vivir con ansiedad permanente. Nuevamente, el discurso tiene la capacidad de crear a su objeto.
- Necesidad de considerar acontecimientos futuros. El planteamiento del futuro es incompatible con la enfermedad, pues supone la posibilidad de dirigir la propia vida; esto sólo es posible cuando la conciencia está integrada y es ella misma agente, no paciente de procesos que se despliegan en ella.

Ha de trabajarse continuamente en la construcción de ese nuevo discurso. En principio, puede que la palabra no sea fiel reflejo de los pensamientos y sentimientos de la persona, pero finalmente es una acción que desarrolla un ámbito verbal donde puede habitar otra conciencia.

### **Bibliografía**

- Alonso, D. (1979): Seis calas en la expresión literaria española (prosa-poesía-teatro), Madrid, Gredos.
- Bañón, A. M. (1996): Racismo, discurso periodístico y didáctica de la lengua, Almería, Servicio de Publicaciones de la Universidad.
- Bañón, A. M. (2002): Discurso e inmigración: propuestas para el análisis de un debate social, Murcia, Servicio de Publicaciones de la Universidad.
- Briz, A. (1998): El español coloquial: situación y uso, Madrid, Arco/Libros.
- Briz, A. (2001): El español coloquial en la conversación: esbozo de pragmagramática, Barcelona, Ariel.
- Bruner, J. (1994): Actos de significado. Madrid. Alianza.
- Castilla del Pino, C. (1975): Introducción a la hermenéutica del lenguaje, Barcelona, Península.
- Escandell, M<sup>a</sup> V. (2002): Introducción a la Pragmática, Barcelona, Ariel.
- Gonsalves, O.F. (1998): Constructivismo en psicoterapia, Paidós.
- Lakoff, G y Johnson, M. (2001): Metáforas de la vida cotidiana, Madrid. Cátedra.
- Narbona Jiménez, A.(1978): Las proposiciones consecutivas en español medieval, Colección filológica, XXVIII, Univ. de Granada.
- Narbona Jiménez, A. (1986) Problemas de sintaxis coloquial andaluza, RSEL, 16/2, 1986, pp. 229-275
- Neimeyer, R. y Mahoney, M.J. (1998): Constructivismo en psicoterapia, Paidós.
- Searle, J. R. (1994): Actos de habla: ensayo de filosofía del lenguaje, Madrid, Cátedra.
- Van Dijk, T. A. (1989): La ciencia del texto: un enfoque interdisciplinario, Barcelona, Paidós.
- Van Dijk, T. A. (1993): Texto y contexto (Semántica y Pragmática del Discurso), Madrid, Cátedra.
- Vigara, A. M. (1992): Morfosintaxis del español coloquial: esbozo estilístico, Madrid, Gredos.
- Wodak, R. y Meyer, M. (2003): Métodos de análisis crítico del discurso, Barcelona. Gedisa.



## ***Relaciones entre investigación en lenguaje y práctica de la intervención***

*Marc Monfort*

*Logopeda*

*Centro Entender y Hablar y Colegio Tres Olivos*

*Madrid.*

### ***Introducción***

La logopedia se centra esencialmente en la intervención en niños o adultos cuyo lenguaje presenta trastornos o limitaciones: dichos trastornos o limitaciones pueden derivar de múltiples causas (sensoriales, motoras, cognitivas, sociales o “específicas”), y pueden relacionarse con una etiología precisa y conocida (el caso de las afasias adquiridas) o de naturaleza muy general y difusa. Pueden afectar únicamente un elemento del código lingüístico o su conjunto, pueden suponer una discapacidad grave y permanente que impide o limita la integración social y la propia autonomía, o quedarse en un episodio momentáneo del camino de la vida.

El concepto de intervención define la frontera de la logopedia respecto a otras ciencias del lenguaje (Garayzábal y Otero 2005): ser clínica define su propia esencia, lo que se traduce fundamentalmente en dos fenómenos:

- Al no poder desmenuzar un individuo en “trocitos”, la logopedia se sitúa constantemente en el cruce de un gran número de especialidades de todo tipo, tanto en el campo de la medicina (ORL y neurología fundamentalmente), como de la psicología, la pedagogía y la lingüística.
- Al exigirse resultados aquí y ahora, sufre constantemente la presión de la eficacia a corto plazo: como en todas las ciencias aplicadas; debe buscar

*Marc Monfort: Relaciones entre la investigación en lenguaje y la práctica de la intervención*

soluciones a problemas cuyo enunciado se le presenta bastante incompleto.

Elaborar un saber empírico construido sobre la experiencia es la respuesta más habitual en cualquier trabajo clínico y puede dar muchas satisfacciones tanto a los profesionales como a los usuarios de sus servicios. Sin embargo, este enfoque plantea varios problemas:

- construir un saber-hacer requiere en general un largo periodo de tiempo durante el cual, lógicamente, la calidad del servicio ofrecido es inferior a lo que se podría proporcionar idealmente.
- en temas sustancialmente complejos como el lenguaje, cuyo desarrollo además no dependerá nunca exclusivamente de una intervención específica, hacerlo sin más control que el propio resultado final (mezcla de éxitos como de fracasos) no proporciona mucha información acerca de cuáles son los elementos determinantes de dicha práctica.

Son dos problemas ligados entre sí: la debilidad, o incluso la ausencia del control y del análisis de lo que hacemos a diario, es precisamente lo que dificulta transmitir el saber-hacer de un profesional experimentado a los que se están iniciando en la materia. El campo de la educación es prácticamente el único campo del conocimiento donde podemos encontrar profesionales que se jactan de “llevar 30 años haciendo lo mismo”: “*hace 30 años que enseño de esta manera y me va muy bien*” es una afirmación bastante corriente en nuestro pequeño mundo de la escuela que, en otros ámbitos profesionales, supondría probablemente una destitución fulminante.

El clínico necesita poder apoyar su trabajo en informaciones complementarias si quiere, en primer lugar, ser más eficaz y, en segundo lugar, conseguir que lo que va acumulando con su experiencia no se pierda, contribuyendo así a la dinámica científica que consiste precisamente en acumular saberes y reducir errores, entre todos, a lo largo del tiempo.

Me propongo aquí hacer un breve repaso a lo que, desde mi punto de vista evidentemente reducido, nos ha aportado la investigación en disciplinas que abordan los mismos temas, a lo

que les pediría, y a lo que nuestra propia disciplina puede proporcionarles a cambio.

### ***Descripción***

El lenguaje es sin ningún lugar a dudas la función o habilidad más compleja que haya desarrollado el cerebro humano; sobre todo en su vertiente de “actuación”, deben coordinarse un gran número de componentes que no son sólo lingüísticos (en el sentido más estricto de los elementos del código) sino también cognitivos, emocionales o afectivos y sociales, amén de poner en marcha el soporte físico, motor y sensorial, que permitirá que se cumpla la intención generatriz de un “acto de habla”.

Tomemos esta frase dirigida a una estudiante de práctica que ve por primera vez por Antonio, joven adolescente que presenta al mismo tiempo un retraso mental leve, un cuadro atáxico y un perfil conductual que incluye varios rasgos propios de un TGDnE.

Antonio: *du, cuta muso beniete nuevo*

(GLOSA: tú, me gustan mucho tus pendientes nuevos )

Analizar dicho acto de habla y “juzgarlo” ( porque somos clínicos y no simples observadores neutros ) supondría como mínimo:

- analizar su habla desde una descripción fonética que sistematice el patrón de alteración que presenta Antonio en este aspecto.
- conocer el substrato neurológico del trastorno motor que provoca las alteraciones del habla, desde las propias limitaciones atribuibles a la ataxia, hasta las respuestas de compensación desarrolladas por el propio Antonio
- disponer de un conocimiento del desarrollo morfo-sintáctico general y de las alteraciones que se suelen producir en los niños con retraso mental, para poder identificar posibles trastornos de naturaleza más específica.

*Marc Monfort: Relaciones entre la investigación en lenguaje y la práctica de la intervención*

- situar ese “acto de habla” en su contexto (por ejemplo saber si la receptora del mensaje conoce o no a Antonio, si la intención de Antonio es sincera o si se está burlando de los pendientes y de su dueña, ponderar cierta inadecuación de esta reflexión con el hecho de que se trata de una expresión declarativa de tipo expresiva, un dato positivo en un alumno con TGDnE... ), y realizar esta contextualización precisamente a tenor del perfil que presenta: se trata de un análisis pragmático que depende en gran parte del diagnóstico previo, por ejemplo.
- buscar con rapidez los recursos disponibles a corto plazo susceptibles de ser utilizados en ese momento para mejorar en “algo” ese acto de habla, y hacerlo evolucionar, lo que supone distinguir qué elementos conviene reforzar, qué elementos son susceptibles de cambios instantáneos, qué elementos deberían guardarse en memoria para un trabajo posterior y qué elementos no pueden ser mejorados y van a necesitar un proceso de ajuste.

Supongo que, al leer esta lista, podría uno recordar la famosa frase de los clásicos: *“a las cualidades que se exigen de un esclavo, pocos amos serían dignos de servir”*, una cita que me viene a menudo a la mente cuando me encuentro, en determinados círculos, con el trato que se suele dar a nuestra especialidad. Para muestra, un botón:

*“... no se trata tanto de organizar las condiciones contextuales(ambiente), y la facilitación(enseñanza) de una serie de habilidades, suponiendo por añadido que habrá una buena interacción entre ellas y que de éstas se obtendrá el aprendizaje. Esta suposición es causa de intervenciones prematuramente terminadas o que no tienen en cuenta la evolución ni las fases de consolidación y reorganización posterior. Conocer a fondo la competencia para procesar los componentes lingüísticos y las habilidades psicológicas que le dan soporte y aplicarlo al comportamiento del sujeto en los momentos oportunos es la mejor manera de planear una intervención completa.”*  
(Serra 2006: 25-26).



*Marc Monfort: Relaciones entre la investigación en lenguaje y la práctica de la intervención*

Nada que reprochar a esta afirmación: sólo queda por preguntarnos si tal ambición es realista, teniendo en cuenta por un lado el estado actual de nuestros conocimientos en la descripción pormenorizada de la evolución puntual del lenguaje ( lo de “a fondo”), y por otro lado el nivel de formación básica de los profesionales de la intervención así como las condiciones materiales habituales de su trabajo.

El simple traslado de los criterios de la investigación al trabajo clínico ni es posible ni es eficaz porque puede crear más sensación de impotencia y de parálisis que aportar una ayuda real: el enfoque de la intervención necesita su propio “estilo” de construir el conocimiento, teniendo precisamente en cuenta las contingencias de su aplicación.

### ***Evaluación***

Matizando el carácter un poco negativo del último párrafo, hay que reconocer que, en los últimos años, la investigación en acústica, fonética descriptiva y clínica, y psicología del desarrollo (general y del lenguaje) nos ha dado afortunadamente mucha información, y los logopedas que quieran realmente hacerlo disponen de bastantes medios y referencias como para describir el comportamiento lingüístico de un sujeto de una forma que permita, si no comprenderlo “a fondo”, sí tomar decisiones justificadas.

Sorprende, sin embargo, la cantidad de informes que uno pueda recibir con frases como “*tiene dificultad en expresarse*”, “*ha mejorado mucho la construcción de sus frases*”, “*su comprensión es muy amplia*”... sin ningún otro dato más que pueda completar dichas impresiones sugestivas, válidas en el sentido de que provienen de alguien que mantiene un contacto continuo con un sujeto, pero evidentemente inútiles a la hora de compartir información o de pasar al nivel siguiente de análisis.

Debemos, pues, darles las gracias a los investigadores que elaboran tests y otros instrumentos de evaluación, que publican descripciones detalladas del desarrollo normal del lenguaje, que describen los rasgos más significativos de distintas patologías y las consecuencias de determinadas enfermedades relacionadas con el lenguaje y a los que proporcionan nomenclaturas estables para

*Marc Monfort: Relaciones entre la investigación en lenguaje y la práctica de la intervención*

describir los elementos del código lingüístico: sin ellos, nuestro trabajo sería aún más difícil de lo que es.

De todos los aspectos que vamos a comentar, es seguramente el que más ha avanzado en los últimos cincuenta años y lo único que podemos lamentar es el escaso uso que se hace a veces en la clínica de estos conocimientos fácilmente disponibles.

### ***Comprensión de los trastornos***

Una vez descritas y evaluadas las habilidades lingüísticas de un sujeto, viene un segundo paso que consiste en construirnos una explicación de los fenómenos registrados. Aquí conectamos esencialmente con dos disciplinas próximas, la neurolingüística y la psicolingüística; ambas intentan desarrollar modelos para justificar tanto los procesos de adquisición como los trastornos, sean evolutivos, sean adquiridos.

Todos sabemos la importancia que ha tenido el estudio de las lesiones cerebrales y de sus consecuencias en funciones como el lenguaje para el desarrollo de modelos arquitectónicos de la función lingüística; una segunda etapa se está abriendo ahora con las distintas posibilidades de exploración por neuroimagen del funcionamiento del cerebro: podemos ver el cerebro trabajar en tiempo real, tanto si lo hace de la forma habitual como si lo hace de forma diferente. De cara a la intervención, sin embargo, la aportación de la neurología y de la neurolingüística ha sido más pobre de lo que cabría esperar, porque saber el *por qué* y el *dónde* no nos dice casi nada acerca de "*qué hacer*" para remediar los fallos.

Ocurre un poco lo mismo en relación con estudios de tipo biológico, como los estudios genéticos: el día que se confirme la relación estable entre ciertas formas patológicas del desarrollo del lenguaje y candidatos como el gen FOX-P2, seguiremos probablemente trabajando de la misma forma.

Estos campos de investigación tienen, por supuesto, una importancia fundamental de cara al conocimiento y a posibles políticas futuras de prevención pero desde el punto de vista del clínico en intervención del lenguaje, me parece que su incidencia se centra sobre todo en dos aspectos:

*Marc Monfort: Relaciones entre la investigación en lenguaje y la práctica de la intervención*

- contribuir al diagnóstico diferencial con el descubrimiento de marcadores biológicos (por ejemplo, los avances en estudios neurológicos están permitiendo asegurar la detección de un síndrome como el Landau-Kleffner de una forma mucho más rápida que hace años).
- apoyar *a posteriori* y de forma objetiva ciertas formas de terapia que, como hipótesis, basaban su práctica en conceptos como la plasticidad cerebral, el desarrollo de mecanismos de compensación, o la recuperación funcional de cerebros lesionados: varios trabajos de comparación antes y después de terapia, con grupo control, han podido mostrar el impacto de técnicas de entrenamiento en la re-estructuración cerebral; véase, por ejemplo, Van Eeckhout (1995) con la terapia melódica en afasia, o los numerosos ejemplos citados por Harley (2008) del uso de los potenciales relacionados con eventos ERP para determinar con una precisión asombrosa las distintas etapas de la percepción y comprensión de un estímulo verbal, en experimentos que sirven para confirmar o corregir toda una serie de presupuestos subyacentes en distintas estrategias para remediar los trastornos en lectura.

Comprender el comportamiento de un individuo, o de una función dentro de dicho individuo, va más allá de la detección de los distintos elementos materiales y concretos de los que se vale: es necesario integrar los datos observables en un “sistema comprensivo” que le dé sentido. A mí personalmente me llama mucho la atención en el campo de la psicolingüística la aportación del conexionismo, sobre todo desde que puede aprovechar la increíble potencia de la informática: la simulación sobre ordenador de alteraciones de programas diseñados para reconocer o producir lenguaje y la comparación con los datos de pacientes reales nos ofrece mucho más sugerencias para la intervención que una interpretación estrictamente neurológica. Véanse por ejemplo los comentarios de Dell *et al.* (2000) y, de paso, sus opiniones sobre la frontera entre la neuropsicología cognitiva aplicada al lenguaje y la psicolingüística, o las investigaciones a partir del modelo interactivo TRACE de reconocimiento de palabras y todo lo que

*Marc Monfort: Relaciones entre la investigación en lenguaje y la práctica de la intervención*

ha demostrado sobre los procesos de “arriba hacia abajo” en este proceso (McClelland y Elman, 1986).

### ***Diseño de la intervención***

Cuando se trata del diseño de la intervención, los y las logopedas nos volvemos de forma preferente hacia los modelos psicopedagógicos y psicolingüísticos, a los que añadimos en algunos casos aportes de la sociología del lenguaje y la comunicación.

Por el contrario, mi impresión es que la lingüística y las neurociencias no constituyen realmente fuentes de inspiración concreta para la intervención. Los modelos chomskianos, incluso en sus versiones más “soft”, apenas han generado propuestas terapéuticas que se hayan consolidado con el tiempo, a pesar de un gran entusiasmo general hacia enfoques generativos de estructuras, y el recurso a visualizadores gráficos de la estructura “profunda” de los enunciados.

La relación entre el lingüista Guillaume<sup>19</sup> y la ortofonista francesa Sadek-Khalil (Vinter y Chalumeau 1998) constituye quizás una excepción a la regla, pero tanto las teorías de Guillaume como las directrices metodológicas de Sadek-Khalil presentan un grado de generalidad que hace difícil aislar de todo ello cuál es el elemento estrictamente lingüístico que se pudiera relacionar con una práctica concreta.

Por el contrario, cómo no reconocer, independientemente de la opinión que podamos tener sobre ellos, que los modelos de Piaget acerca del aprendizaje, de Vigotsky acerca de la enseñanza, de Bruner sobre la interacción comunicativa o incluso de Skinner sobre la propia adquisición de lenguaje, han determinado de forma esencial nuestra práctica educativa en general y logopédica en particular. El modelo conductista de Skinner es la fuente de inspiración de un gran número de programas orientados por ejemplo a los niños que presentan autismo y, de una forma mucho

---

<sup>19</sup> Gustav Guillaume (1883-1960), lingüista francés discípulo de Meillet en la Sorbona, que desarrolló la teoría que llamó *Psicomecánica del lenguaje* [Nota de la editora].

Marc Monfort: *Relaciones entre la investigación en lenguaje y la práctica de la intervención*

más indirecta, ha influido en los modelos de evaluación e interpretación que, a falta de mayor conocimiento, han aplicado la metáfora de la “caja negra” a su trabajo; que sea un modelo ciertamente criticable no obvia la importancia que ha tenido para superar planteamientos de interpretación que han hecho un daño real y objetivo a toda una generación de familias de niños/niñas con autismo y la dosis, muy necesaria en su época, de control de las contingencias del trabajo educativo y terapéutico.

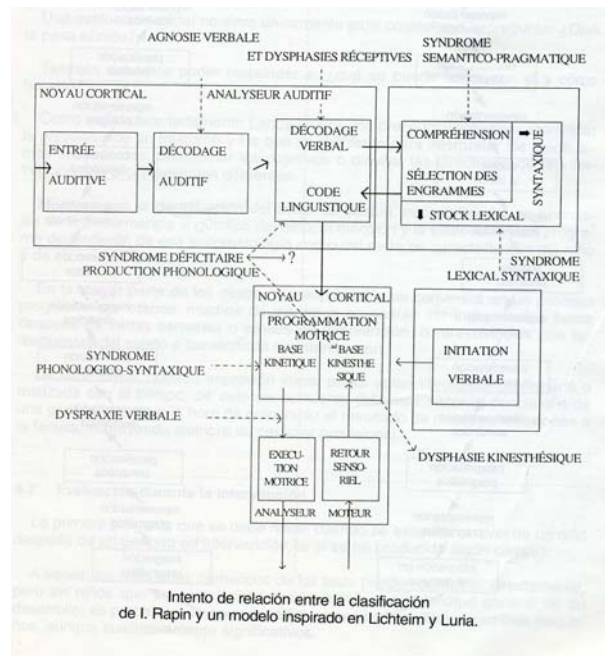


Figura 1: Laserre *et al.* (1984).

Por otra parte, sin las concepciones de Vigotsky y de Bruner no se habrían podido desarrollar los modelos de intervención “naturalista”, entre otros los programas centrados en la interacción familiar (Manolson 1985, Warren y Bambara 1989). Otro modelo cognitivo, el de Karmiloff-Smith (1994), construido desde la revisión del concepto de modularidad, ha servido a menudo de

*Marc Monfort: Relaciones entre la investigación en lenguaje y la práctica de la intervención*

referencia para enfoques terapéuticos que han querido superar la referencia simplista a los “pre-requisitos” y constituye, junto con los datos neurológicos, el apoyo principal a la intervención precoz y al uso de métodos alternativos de compensación ( aprender “a pesar” del trastorno ).

En los últimos años, la influencia del modelo centrado en la Teoría de la Mente sobre la práctica en intervención comunicativa con niños o adolescentes que presentan trastornos pragmáticos, ha sido decisiva a la hora de diseñar estrategias o incluso materiales de trabajo (Monfort y Monfort 2004). Para nosotros, clínicos, la investigación y las propuestas de la psicolingüística constituyen la principal referencia a la hora de elaborar esquemas de “comprensión” de los síntomas, y diseñar programas susceptibles de mejorarlos.

Si comparamos, por ejemplo, un modelo de tipo más “neurolingüístico” y simultáneo del proceso de lenguaje como el de Laserre *et al.* (1994) -figura 1-, con un modelo en etapas como el que proponen Belinchón, Rivière e Igoa (1992) -figura 2-, aun reconociendo que un modelo simultáneo parece estar más cerca de la realidad (precisamente desde los datos de neuroimagen, entre otros), no tengo sin embargo ninguna duda en afirmar que la mayor parte de los esquemas que uso a diario en mi práctica derivan del segundo: me sirven para interpretar síntomas y para situar el nivel donde posiblemente se origina el déficit en el proceso de elaboración del mensaje; el otro me indica dónde se encuentra en la arquitectura cerebral, algo que no me puede proporcionar orientaciones en mi toma de decisión.

Cambiando de perspectiva, hay que señalar que, por ejemplo, la colaboración entre la psicología y la sociología ha desempeñado un papel fundamental en la recuperación de la lengua de signos a partir de los años 60 en EEUU y luego, algo más tarde, en Europa: son psicólogos y sociólogos los que han permitido, con sus estudios, que la reivindicación de la LS por la comunidad de personas sordas haya podido obtener los resultados que ha conseguido, y que los educadores y terapeutas encargados de los alumnos y alumnas con sordera hayan podido sacudirse el yugo excesivo que supuso el oralismo radical anterior, apoyado entonces y todavía en los resultados de casos excepcionales y en

Marc Monfort: *Relaciones entre la investigación en lenguaje y la práctica de la intervención*

afirmaciones ideológicas sin contrastar (por supuesto sin detener la exclusividad de esa forma de pensar, ciertamente muy extendida).

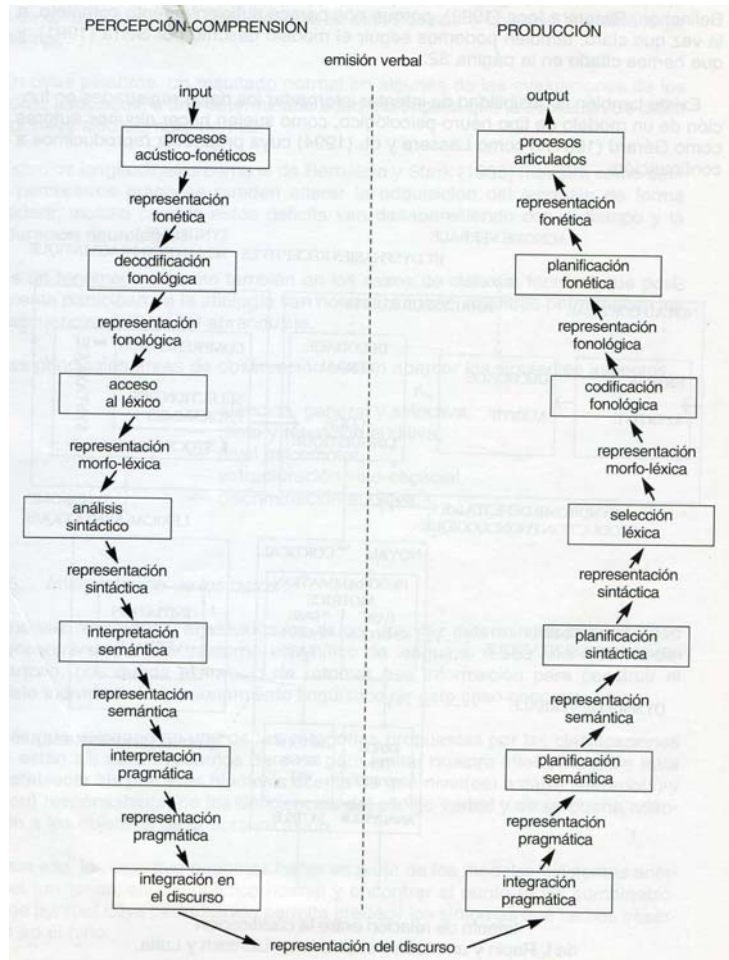


Figura 2.: Belinchón, Rivière e Igoa (1992).

Las consecuencias sobre el desarrollo de los Sistemas Alternativos y Aumentativos (SAA) en la intervención con niños y niñas oyentes, pero con lenguaje nulo o escaso, es otra consecuencia de un proceso que volvió a recolocar la jerarquía entre código y comunicación. Ya en 1986, Fey realizaba un

*Marc Monfort: Relaciones entre la investigación en lenguaje y la práctica de la intervención*

análisis del impacto de las principales teorías relacionadas con el aprendizaje sobre la intervención en lenguaje: sus conclusiones (recogidas en el cuadro) siguen siendo hoy igual de válidas.

<b>Teoría</b>	<b>Impacto</b>	<b>Papel del adulto</b>
Conductismo (Skinner, Winokur). El lenguaje no tiene carácter específico. Estímulo-Respuesta + refuerzo	Fuerte impacto en los programas de intervención. Dificultad para explicar respuestas diferentes a modelos lingüísticos similares.	Desencadenante Reforzador
Teoría del aprendizaje social (Bandura) Añade elementos internos (atención/retención/motivación/imitación motora)	Proporciona tecnología explícita para la intervención e incluye el aprendizaje por observación sin respuesta inmediata	Modelador Motivador
Enfoque interacionista (Blooom y Lahey) Aprendizaje del lenguaje como más específico y ligado a características de las contingencias externas; combinación entre contenido, forma y uso; importancia de la pragmática	Fuere impacto en modelos de intervención, sobre todo "naturalista"	Facilitador
Gramática Generativa Transformacional (Chomsky, Erreich) Capacidad innata para formular hipótesis sobre la estructura del lenguaje; sin necesidad de refuerzo externo; restricciones universales	Provocó un mayor interés por la sintaxis y un marco explicativo para las limitaciones de la enseñanza, pero tuvo poco impacto en los modelos de intervención	Entrenador

Marco-resumen establecido a partir de Fey (1986)



### ***Evaluación de las intervenciones***

Hasta ahora, me he dedicado sobre todo a señalar aquello que los y las logopedas hemos recibido de otras disciplinas donde el proceso investigador está más asentado.

¿Qué podemos aportar al proceso de edificación compartida del saber?

La patología del lenguaje es un campo fundamental para avanzar en la comprensión de la naturaleza del lenguaje y de su adquisición, y es la razón por la que los principales manuales sobre desarrollo del lenguaje dedican siempre un capítulo importante a sus trastornos, especialmente los que se agrupan bajo la etiqueta de “trastornos específicos”. Por nuestra dedicación, los/las logopedas disponemos de una fuente inestimable de datos, debido al tiempo que solemos pasar con nuestros alumnos o pacientes y a la calidad de la interacción afectiva que mantenemos con ellos: somos interlocutores privilegiados de estas personas.

En segundo lugar, no nos limitamos a observar y medir, intentamos hacer algo, producir cambios. Son datos cuya naturaleza constituye un complemento ideal de lo que los procedimientos clásicos de investigación desarrollan en otras disciplinas. A la hora de recoger y evaluar estos datos, el hecho de trabajar con seres humanos nos impide sin embargo, en la mayoría de los casos, aplicar estrictamente las normas de la investigación experimental, y nos enfrentamos muy a menudo a limitaciones éticas.

¿No existen otras modalidades para hacer acopio de conocimientos útiles? Una respuesta se puede encontrar en el concepto de “investigación en acción” utilizada frecuentemente en el campo educativo (Latorre *et al.* 1996).

- descripción longitudinal (estudio de caso).
- recopilación y comparación de estudios de casos (por ejemplo, Silverman 1980 con los SSAA).
- evaluación de la eficacia de terapias muy puntuales, de una forma clásica, es decir con grupo-control, cuando no se interponen barreras éticas (Girolametto 2000 para el programa Hanen o SS para la eficacia del

*Marc Monfort: Relaciones entre la investigación en lenguaje y la práctica de la intervención*

uso de Sistemas alternativos y aumentativos; Yoder y Kaiser 1995 para el “Milieu Teaching” )

Existe ya una bibliografía abundante donde investigadores de la lingüística, de la psicolingüística, de la neurolingüística, han trabajado en colaboración con terapeutas, ayudándoles precisamente a registrar mejor sus datos y a controlar mejor las contingencias externas (por ejemplo, Jenkins *et al.* (1985), Cohen *et al.* (2005), para elegir dos ejemplos separados en el tiempo): es un modelo de colaboración interdisciplinar donde el o la logopeda debería ser capaz de ocupar un lugar más activo.

Finalmente, creo que los/las logopedas deberíamos ser capaces de ir elaborando nuestros propios modelos de intervención, lejos sin embargo de una perspectiva adanista de pretender descubrir todo de nuevo. Se trataría de adaptar modelos y teorías existentes, desarrollados la mayor parte del tiempo para objetivos ajenos a nuestro trabajo, al campo específico de la intervención en lenguaje; luego, de intentar introducir la inmensa cantidad de datos que vamos recogiendo en cada momento de nuestras intervenciones para ajustarlos a dicho modelo, ver si encajan o no y, si no lo hacen, analizar qué deberíamos cambiar en dicho modelo para que sea más eficaz: Fey (1986) o Rice (1995) serían buenos ejemplos de este enfoque.

En nuestro caso (Juárez y Monfort 2001), propusimos un modelo que llamamos *interactivo* porque queríamos conciliar dos grupos de orientaciones frecuentemente presentadas como antagonistas en nuestra práctica, y que sin embargo nos parecían complementarias (reagrupadas bajo las etiquetas “formal” y “funcional”) debido a la extrema variabilidad de casos, y según la etapa del aprendizaje en la que se encuentra un sujeto; lo hicimos al principio desde nuestra experiencia con niños de desarrollo normal, luego con niños que presentaban sordera o TEL; finalmente nos hemos implicado en la terapia de niños con trastornos autistas: en cada paso, el modelo reveló sus insuficiencias pero al mismo tiempo pareció resistir bien las nuevas exigencias.

Ese trabajo de reflexión y de análisis, a partir de herramientas ajenas, sobre la práctica profesional, sin sentirse atado por supuestas exigencias de un trabajo de investigación científica,

*Marc Monfort: Relaciones entre la investigación en lenguaje y la práctica de la intervención*

puede constituir lo que la logopedia devuelve a las demás disciplinas a cambio de lo mucho que recibe.

Responde también a esa exigencia de hacer que la experiencia empírica no desaparezca con la persona que la ha acumulado: los niños y niñas con los que trabajo ahora, aunque no lo sepan, deben mucho a teóricos como Vigotsky o Karmiloff-Smith, pero también a personas que se han dedicado al trabajo clínico como Suzanne Borel-Maisonny o Ayala Manolson.

### ***Bibliografía***

- Belinchón Mercedes; Rivière, Ángel e Igoa, José Manuel (1992): *Psicología del lenguaje: investigación y teoría*. Madrid: Trotta
- Cohen, Wendy; et al. (2005): "Effects of Computer-Bases Intervention Through Acoustically Modified Speech (Fast ForWord) in Severe Mixed Receptive-Expressive Language Impairment: Outcomes From a Randomized Controlled Trial". *Journal of Speech, Language and Hearing Research* 48,3. 715-729.
- Dell, Gary; Schwartz, Myrna F.; Saffran, Eleanor y Gagnon D.A. (2000): "The role of computational models in the cognitive neuropsychology of language", *Psychological Review* 107, 635-645
- Fey, Marc E. (1986): *Language Intervention with Young Children*, Londres: Taylor y Francis.
- Garayzábal, Elena y Otero, M<sup>a</sup> Pilar (2005): "Psicolingüística, neurolingüística, logopedia y lingüística Clínica: juntos sí, pero no revueltos", *Filología y lingüística* XXXI(1) 163-185.
- Girolametto, Luigi (2000): "Participation parentale à un programme d'intervention précoce sur le développement du langage: efficacité du programme parental", *Rééducation Orthophonique* 203; 31-62.
- Harley, Trevor A. (2008): *The Psychology of Language*, Hove: Psychology Press
- Jenkins, Joseph R.; Matlock, Barbara y Slocum, Timothy A. (1989): "Two approaches to vocabulary instruction: The teaching of individual word meanings and practice in deriving word meaning from context", *Reading Research Quarterly*, XXIV/2, 215-235
- Juárez, Adoración y Monfort, Marc (2001): *Estimulación del lenguaje oral*, Madrid: Entha.
- Karmiloff-Smith, Annette (1994): *Más allá de la modularidad*, Madrid: Alianza.
- Lasserre, Jean-Pierre; Gely, A. y Heral, O. (1994): "Approche neuropsychologique de la Dysphasie Développementale en pratique quotidienne", *Glossa* 38; 4-15

*Marc Monfort: Relaciones entre la investigación en lenguaje y la práctica de la intervención*

- Latorre, Antonio; Del Rincón, Delio y Arnal, Justo (1996): *Bases metodológicas de la investigación educativa*, Barcelona: GR92.
- Manolson, Ayala (1985): *Hablando, nos entendemos los dos. Guía práctica para padres de niños con retraso del lenguaje*, Madrid: Entha.
- McClelland, Jay L. y Elman, Jeff L. (1986): "The TRACE model of speech perception", *Cognitive Psychology* 18, 1-86.
- Monfort, Marc y Monfort, Isabelle (2004): *En la Mente*, Madrid: Entha.
- Rice, Mabel L. (1995): "Educabilidad del lenguaje: lo que hemos aprendido sobre los niños con trastornos específicos del lenguaje", en M. Monfort (ed.): *Enseñar a hablar*, Madrid: CEPE; 81-100.
- Serra, Miquel (2006): "Veinticinco años reformulando el concepto del lenguaje en psicolingüística clínica y en logopedia", *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología* 26,1; 20-35.
- Silverman, Franklin H. (1980): *Communication for the speechless*, New-York: Prentice-Hall.
- Van Eeckhout, Philippe (1995): "Papel del hemisferio derecho en la reeducación de la afasia: el caso de la Terapia Melódica y Rítmica", en M. Monfort (ed): *Enseñar a Hablar*, Madrid. CEPE; 301-312.
- Vinter, Shirley y Chalumeau, Pierre (1998) (Eds): "Influence du système théorique de Gustave Guillaume sur la rééducation du langage", *Confrontations orthophoniques*, 2.
- Warren, Steven F. y Bambara, Linda M. (1989): "An experimental analysis of milieu language intervention", *Journal of Speech and Hearing Disorders* 54; 448-461.
- Yoder, Paul J. y Kaiser, Anne P, (1995): "A comparison of Milieu Teaching and responsive Interaction un Classroom Applications", *Language, Speech and Hearing Services in School* 26,3; 218-242.

\* \* \*

## ***Pragmática clínica y análisis cuantitativo***

*Verónica Moreno Campos*  
*Universitat de València*

### ***0. Introducción***

Una de las críticas más repetidas acerca de la fiabilidad de los estudios pragmáticos ha sido la de su difícil cuantificación y, por tanto, la ausencia de datos concretos que puedan ser contrastados *a posteriori*. En este trabajo intentamos demostrar que la pragmática, como el resto de componentes lingüísticos, es susceptible de ser dividida y analizada en unidades menores y cuantificada; por ello, presentamos un ejemplo de análisis estadístico en la pragmática enunciativa, es decir, la referida básicamente a los actos de habla. Asumimos el planteamiento de que la pragmática es un componente del lenguaje que está presente en cada uno de los actos comunicativos que realizamos. La pragmática es el único componente que es estrictamente necesario para que pueda existir comunicación; pensemos en la comunicación que se establece mediante los actos no verbales, la kinésica o la proxémica. De ahí que pueda hablarse también de un enfoque pragmático de la gramática, que nos permite enfocar cada uno de los demás componentes del lenguaje desde la perspectiva del uso contextualizado.

La bibliografía sobre lingüística clínica señala diversos motivos por los que esta disciplina no ha alcanzado el grado de aceptabilidad necesario entre los planteamientos tradicionales (Penn, 1999; Manochiopining, Sheard and Reed, 1992; Gallardo, 2006); a continuación resumimos las cuestiones más repetidas:

- Es una ciencia de estudio relativamente reciente: las primeras aplicaciones de la pragmática al ámbito de las patologías del lenguaje se realizan a principios de los años 80.
- Las categorías pragmáticas son menos susceptibles del rigor taxonómico presente en el estudio de otros componentes del lenguaje, lo que repercute

necesariamente en el proceso de evaluación: *“pragmatic assessment is normally multidimensional, exploring a range of behaviours simultaneously in order to explain communicative variation in various context”* (Penn, 1999: 541).

- La investigación sobre patologías de lenguaje ha estado presidida durante toda la mitad del siglo XX por modelos lingüísticos generativistas centrados en estudiar la competencia gramatical del sujeto; pues para Chomsky, la competencia pragmática estaría restringida a *“to knowledge of conditions and manner of appropriate use, in conformity with various purposes”* (Chomsky, 1980: 224).
- Los enfoques localizacionistas tradicionales defendían la vinculación entre hemisferio izquierdo y lenguaje sin dar importancia al papel del hemisferio derecho (y dejando de lado elementos tan importantes como la prosodia).

La pragmática es el componente lingüístico que estudia, como defendió Morris en 1938, la relación entre el signo y los usuarios de una lengua. Es decir, supone la objetivación de un acto que todo hablante utiliza en su cotidianeidad, y por ello se tiende a minimizar la reflexión metalingüística relacionada. Pero su evaluación exige el mismo proceso de objetivación metalingüística que la gramática y la misma rigurosidad en el tratamiento y análisis de los datos.

A partir de la bibliografía desarrollada desde los años 70, donde encontramos la confluencia de etiquetas y denominaciones procedentes de enfoques generativistas y estructuralistas (gramática del texto, lingüística del texto, pragmática integrada, pragmática radical, análisis del discurso, etnografía del habla, pragmática dialógica...), podemos diferenciar en la pragmática tres niveles de análisis:

1. La pragmática textual, que estudia las relaciones del enunciado en cuanto texto (mecanismos gramaticales de cohesión y mecanismos de coherencia), así como las huellas que son marcas formales de la enunciación (conectores pragmáticos, marcas de intersubjetividad).

2. La pragmática interactiva, que se ocupa de cómo se produce la recepción de un enunciado por parte del oyente (que es a la vez hablante), por lo que tiene en cuenta aquellas categorías derivadas de la toma de turno: reparto de la toma de turno, unidades que establecen vínculos entre intervenciones, gestión temática...
3. La pragmática enunciativa, que focaliza la enunciación y atiende al uso del lenguaje desde la perspectiva del emisor; atiende básicamente a los actos de habla y los significados inferidos (presuposiciones, tropos lexicalizados, implicaturas, sobreentendidos).

En el presente trabajo analizamos las categorías que integran este último subcomponente en 5 conversaciones cotidianas de interlocutores fluentes y en otras tantas de hablantes no fluentes. Además, completamos el estudio lingüístico con análisis estadísticos para poder establecer cuáles son los elementos más relevantes en la caracterización de sus estrategias y su actuación comunicativa.

### ***1. Análisis cuantitativo vs. análisis cualitativo***

Uno de los principales problemas con el que nos encontramos a la hora de plantearnos realizar una evaluación pragmática (y antes de considerar si debemos emplear un método cualitativo o cuantitativo) es que la mayoría de profesionales de Logopedia carecen de una formación específica en pragmática que les permita reconocer sus unidades prototípicas, por lo que encuentran serias dificultades para realizar un estudio sistemático de dicho componente. Este desconocimiento teórico se traduce, en la práctica, en una valoración cualitativa que evalúa la pragmática de forma holística y poco rigurosa basándose en apreciaciones subjetivas.

A pesar de que son varios los estudios que revelan una y otra vez la efectividad y eficacia de la evaluación pragmática (Lubinski, Duchan y Weitzner-Lin 1980; Penn 1985; Lomas *et al.* 1989; Manochipining *et al.*, 1992), los especialistas se resisten a integrarla en su labor diaria. Crockford y Lesser señalan algunas

de las posibles razones por las que la evaluación pragmática no constituye todavía una práctica extendida (1994: 166):

1. La naturaleza subjetiva de algunos aspectos pragmáticos supone un problema para evaluarlos siguiendo tests estandarizados que se aplican en el campo de la evaluación gramatical;
2. Los protocolos pragmáticos existentes no proporcionan una diferenciación clara sobre la tipología de los pacientes a la hora de programar la intervención;
3. Existe cierto rechazo a los protocolos pragmáticos cuantitativos por la inversión de tiempo que necesitan; los profesionales de la evaluación se ven obligados a rentabilizar su tiempo en un servicio regido por factores económicos.

Es decir, la escasez de pruebas estandarizadas de pragmática que proporcionen un diagnóstico preciso de los déficits produce pérdidas temporales a los profesionales, pues una prueba que determine con exactitud las deficiencias lingüísticas en un componente ahorra mucho tiempo en la programación de la intervención derivada. Las evaluaciones más exhaustivas son las que propone el método cuantitativo, pero su elevado coste temporal en el análisis de las categorías hace que este método sea descartado.

Crockford y Lesser realizaron en el año 1994 un estudio para constatar si la adopción de una medida cuantitativa mejoraba la evaluación pragmática; para ello compararon dos protocolos cualitativos:

- el *Índice de Efectividad Comunicativa, CETI (Communicative Effectiveness Index*, Lomas et al. 1989), cuestionario que mide la efectividad comunicativa, y
- el *Test de Lenguaje Cotidiano de Ámsterdam-Nimega ANELT (Amsterdam Nijmegen Everyday Language Test*, Blomert et al. 1990), un test muy utilizado por ser rápido de pasar;

y otro cuantitativo:



- el *Protocolo de Cuantificación de Conductas Conversacionales, QCB (Quantification of Conversational Behaviours)*, basado en el análisis de conversaciones cotidianas del paciente desarrolladas en su entorno habitual.

Los resultados mostraron que

*“although more time-consuming, the partial conversational análisis was a more sensitive measure of stability or change of communicative effectiveness over time than the other two measures, and had the potential advantage for indirect intervention of revealing conversational strategies used by the partner as well as those used by the aphasic individual”* (Crockford y Lesser, 1994: 165).

A continuación señalaremos algunas de las contribuciones más importantes de cada método:

- Método cualitativo: una primera característica de estos métodos se manifiesta en su estrategia para tratar de conocer los procesos que afectan a las personas en su totalidad, y no a través de la medición de algunos de sus elementos. Por ello este método sigue los planeamientos establecidos por los etnometodólogos al realizar las grabaciones de los pacientes en un contexto familiar donde se encuentren cómodos, y ante interlocutores conocidos que no produzcan en el emisor afásico procesos de inhibición de sus conductas lingüísticas. Además, este proceso permite el acercamiento del evaluador en su trato con las personas involucradas en el proceso del trastorno afásico. Estas pruebas son fuertes en términos de validez interna, pero son débiles en validez externa, por lo que muchas veces los datos estudiados no pueden ser generalizables a la población.
- Método cuantitativo: un hecho innegable es la ventaja que obtenemos de que los resultados sean susceptibles de ser cuantificados; nos permite comparar los datos obtenidos del paciente con otros anteriores o posteriores para observar la evolución que experimenta y además, podemos establecer su grado de desviación respecto de la media normativa. Este método es fuerte en validez tanto

externa como interna (si efectivamente miden lo que queremos medir), por lo que sus resultados sí son generalizables si la muestra tiene un número representativo de casos.

En este trabajo hemos optado por la rigurosidad del método cuantitativo al entender que el análisis derivado es objetivo, permite la posterior comparación de valores y lo más importante, los resultados son generalizables. Creemos en ese sentido que la cuantificación incrementa y facilita la comprensión de los procesos implicados en los déficits. En este sentido, abogamos por la afirmación atribuida a Galileo Galilei: "mide lo que sea medible y haz medible lo que no lo sea". Con todo, asumimos que el dato numérico solo es valorable (sólo es útil y relevante), en el contexto del análisis cualitativo, holista, que sitúa al hablante en un contexto de necesaria eficacia comunicativa.

## **2. Procedencia y características de los datos**

Los datos que presentamos en este trabajo provienen de las grabaciones audiovisuales que integran el corpus PerLA, donde se recogen conversaciones coloquiales entre personas con afasia y sus interlocutores-clave (*key conversational-partner*, Withworth, Perkins y Lesser 1997).

El Grupo de interlocutores con afasia está compuesto por 10 interlocutores con afasia que fueron remitidos por los servicios de neurología de las diversas entidades con las que el grupo de investigación en neurolingüística y lingüística clínica PerLA mantiene o ha mantenido convenios: Hospital Clínico de Valencia, Instituto de Neurorehabilitación INIA-NEURAL, Hospitales NISA. Todos los participantes aceptaron su colaboración de forma previa, y lo manifestaron mediante la firma de un consentimiento informado, permitiendo recoger muestras de habla en grabaciones audiovisuales de una hora aproximada de duración. Este grupo fue dividido en dos subgrupos atendiendo únicamente a su conducta lingüística:

- Grupo de interlocutores con afasia fluente: formado por 5 interlocutores, 2 mujeres y 3 hombres caracterizados por presentar una longitud media de palabra por palabra

superior a 7. La edad media del grupo es de 66.2 años y su nivel sociocultural predominante es el medio-bajo.

Informante	Hablantes	Minutos	Sexo	Edad	N. Socioc.
JAL	4	43	H	68	MA
JFG	4	62	M	77	B
ANG	3	62	H	51	A
POJ	3	51	M	69	B
COR	4	40	H	66	B

Tabla 1: Grupo de Afasia Fluente.

- Grupo de interlocutores con afasia no fluente: formado por 5 interlocutores, 2 mujeres y 3 hombres. La edad media del grupo es de 56.2 años y su nivel sociocultural predominante es el medio-bajo.

Informantes	Hablantes	Minutos	Sexo	Edad	N. Socioc.
ARC3	3	31	H	60	B
MCP1	4	38	M	27	MB
AHB1	4	42	H	69	MB
JMM2	5	42	H	59	B
TRA1	3	31	M	66	B

Tabla 2: Grupo de Afasia No Fluente.

### 3. El tratamiento de los datos

Cuando se trabaja con datos procedentes de conversaciones coloquiales debemos tener en cuenta diversas particularidades que no se dan en situaciones experimentales o de laboratorio. La primera y más importante, a la par que más obvia, es que cada conversación es un producto único resultado del contexto en el que transcurre y de las emociones específicas que en ese momento

manifiestan sus interlocutores. No hay dos conversaciones iguales, y aunque nos planteáramos repetir alguna, sin duda nos resultaría imposible reproducir alguno de los agentes implicados. Cada momento es único, y la conversación derivada lo es más.

En este trabajo nos proponemos analizar los turnos y los actos de habla de 10 conversaciones. En todas ellas sólo podemos señalar un elemento común: los interlocutores implicados se han reunido con un mismo propósito, el de comunicar sus ideas, sentimientos y vivencias al resto de participantes en la conversación. Los demás elementos externos a la interacción (como pueda ser el hecho mismo de la grabación) son anecdóticos y no influyen en su desarrollo. Así, la base de nuestro estudio debe centrarse en cada una de las intervenciones que tienen lugar; sólo tomando como punto de referencia el acto comunicativo podemos entender la comparación que estableceremos en las siguientes líneas.

Para poder realizar un análisis conversacional comparativo entre los dos grupos nos decantamos por un estudio cuantitativo atendiendo a las razones de rigurosidad científica que ya señalamos en el apartado anterior. Para homogeneizar los datos procedimos a reducirlos a un mismo factor de conversión. El factor elegido fue el del muestreo, es decir, tomar muestras aleatorias de 20 minutos de duración de cada una de las grabaciones excluyendo los primeros 5 minutos de inicialización y los mismos finales.

### ***3.1. El análisis lingüístico***

Aplicamos el análisis derivado del Perfil PerLA (Gallardo 2006). El análisis consistió en el estudio sistemático de todos los turnos de cada grabación, para determinar el número total de turnos de cada interlocutor y su media de intervenciones en relación con los demás interlocutores. Después se procedió a clasificar cada turno según su ilocutividad y su predictibilidad, resultando las siguientes subcategorías: inicio (I), informe (Inf), respuesta (R), respuesta/inicio (R/I) o reacción evaluativa (R. Ev).

A continuación clasificamos cada tipo de acto de habla contenido en los diferentes turnos de habla, a saber: acto proposicional (AP), acto locutivo (AL), acto borrador (AB),

interjección (Int), pausa oralizada (PO), pausa verbal (PV), pregunta confirmatoria (PC) y acto no verbal (NV). También medimos la Longitud Media de Turno (LMT) en actos de habla y en palabras. Las Tablas 3 y 4 recogen los datos cuantitativos finales del análisis lingüístico realizado:

<b>Afasia Fluente</b>	<b>JAL</b>	<b>JFG</b>	<b>ANG</b>	<b>POJ</b>	<b>COR</b>
<b>Turnos de IA</b>	<b>104</b>	<b>128</b>	<b>47</b>	<b>70</b>	<b>85</b>
<b>I</b>	2	18	0	5	4
<b>Inf</b>	53	82	35	32	53
<b>R.Ev.</b>	16	33	4	26	31
<b>R</b>	35	30	7	17	8
<b>R/I</b>	2	8	1	6	1
<b>R=</b>	18	3	7	2	6
<b>AAHH I</b>	<b>258</b>	<b>280</b>	<b>378</b>	<b>405</b>	<b>259</b>
<b>AP</b>	140	172	208	267	176
<b>Int</b>	8	22	25	15	9
<b>AL</b>	17	19	4	18	14
<b>PO</b>	17	8	48	15	6
<b>PV</b>	4	3	0	17	1
<b>AB</b>	65	25	63	46	17
<b>PC</b>	4	14	15	4	2
<b>NV</b>	3	17	15	23	34
<b>LMT AH</b>	2,5	2,2	8	5,8	3
<b>LMT pal</b>	9,3	13	60,8	28,4	16,4

Tabla 3: Turnos y Actos de Habla en el grupo de Afasia Fluente.

Afasia No Fluente	RUA3	MCP1	AHB1	JMM2	TRA1
<b>Turnos de IA</b>	<b>94</b>	<b>128</b>	<b>118</b>	<b>164</b>	<b>165</b>
<b>I</b>	2	1	4	6	1
<b>Inf</b>	3	8	47	54	11
<b>R.Ev.</b>	11	12	26	26	45
<b>R</b>	10	105	26	66	66
<b>R/I</b>	0	6	3	17	0
<b>R=</b>	10	1	12	15	33
<b>AAHH I</b>	<b>188</b>	<b>313</b>	<b>156</b>	<b>416</b>	<b>349</b>
<b>AP</b>	80	114	134	206	72
<b>Int</b>	5	2	3	43	21
<b>AL</b>	22	4	0	62	61
<b>PO</b>	0	8	4	7	2
<b>PV</b>	4	0	2	4	5
<b>AB</b>	15	2	6	13	44
<b>PC</b>	0	6	2	19	0
<b>NV</b>	62	160	5	62	144
<b>LMT AH</b>	2	2,4	1,3	2,5	2,1
<b>LMT pal</b>	3,4	2,3	3,9	4,4	2,7

Tabla 4: Turnos y Actos de Habla en el grupo de Afasia No Fluente.

### 3.2. Resultados del análisis lingüístico

#### 1. Distribución de los turnos

El tipo de turnos más utilizado por los hablantes con afasia de tipo fluente es el informe (40.6%), seguido por la reacción evaluativa (21.9%) y la respuesta (20.1%). Los turnos de inicio (10.3%), de

respuesta ecoica (4.8%) y de respuesta/inicio (2.2) presentan un porcentaje de aparición mucho más bajo.

El tipo de turnos más utilizado por los interlocutores no fluentes es la respuesta (43.5%), seguida por el informe (19.6%), la reacción evaluativa (19.1%) y la respuesta ecoica (11.3%). Los turnos de respuesta/inicio (4.1%) y de inicio (2.2%) tienen una incidencia menor.

Los hablantes con afasia de tipo fluente casi monopolizan la interacción con turnos de informe caracterizados por no ser predictivos ni predichos. Los hablantes utilizan estos turnos para expresar un contenido que no está relacionado con el turno anterior ni busca provocar una reacción comunicativa en los oyentes. El uso mayoritario de estos turnos se vincula a una estrategia comunicativa de posesión del turno: el hablante afásico es consciente de que presenta ciertos problemas que dificultan sus interacciones comunicativas y por ello trata de dominar el turno y de retenerlo durante el máximo tiempo posible (recordemos que sus interacciones presentan una media de 25.2 palabras por turno). Esta estrategia comunicativa es la opuesta a la estrategia utilizada por los interlocutores afásicos no fluentes, quienes prefieren ceder el turno y ocupar un segundo plano conversacional; de ahí que la mayoría de sus turnos lo sean de respuesta.

Vinculado a esta estrategia aparece también el alto porcentaje conversacional de los turnos ecoicos (aquellos que repiten de forma total o parcial el contenido del turno precedente). El uso de esta estrategia que favorece su inhibición voluntaria de la conversación no supone que estos hablantes opten por la no comunicación. La conciencia de la existencia de problemas al iniciar una interacción reconduce sus intervenciones hacia ámbitos más favorables para estos hablantes: turnos muy cortos de 3.3 palabras de media que, como veremos en el siguiente apartado, se apoyan en la comunicación no verbal.

## **2. Distribución de los Actos de Habla**

Los actos de habla más utilizados por los interlocutores fluentes son los actos proposicionales (55%), los actos borrador (11.4%) y los actos no verbales (10.3%). Los demás aparecen con una frecuencia menor a la del 10% y son los siguientes: los actos

locutivos (6.8%), las pausas oralizadas (6.3%), las interjecciones (5.2%), las preguntas confirmatorias (3.1%), y las pausas vacías (1.8%).

Los actos de habla más utilizados por los hablantes no fluentes son también los actos proposicionales (42.6%), seguidos por los actos de habla no verbales (30.5%) y los actos locutivos (10.6%). Con una frecuencia menor al 10% distinguimos los actos borrador (5.6%), las interjecciones (5.2%), las preguntas confirmatorias (2%), las pausas oralizadas (1.5) y las pausas vacías (1%).

El predominio de los actos proposicionales en los dos grupos sigue los cánones de lo establecido: la transmisión de la información se asienta sobre actos con valor léxico. En el caso del grupo no fluente los actos proposicionales casi siempre están acompañados por un acto no verbal para reforzar la ilocutividad del mensaje, lo que aclara la mínima diferencia que encontramos entre los valores de la longitud media del turno en actos de habla de los dos grupos: 4,2 para los fluentes y 2.1 para los no fluentes.

Un aspecto que cabe destacar es el mayor uso por parte de los hablantes fluentes de los actos borrador, pues suponen una reflexión metalingüística de carácter reformulador e inmediato cuya intención no es otra que la de autocorregir su propio discurso mientras éste se produce. Este uso generalizado de los actos borrador supondría el cuestionamiento de la anosognosia atribuida a estos pacientes, pues la reformulación (tarea de edición) muestra que sí son conscientes de tener un problema a nivel lingüístico.

Otro aspecto que destacamos, esta vez en el grupo de los interlocutores afásicos no fluentes, es el elevado uso de actos de habla locutivos en comparación con el otro grupo. Recordemos que estos actos no contienen valor proposicional, y que son utilizados para “rellenar” el discurso (Gallardo y Moreno 2005). Este tipo de actos ha permitido a los interlocutores no fluentes completar formalmente sus intervenciones tapando sus carencias de producción informativa, proposicional (acceso léxico).

En resumen, los interlocutores no fluentes presentan un mayor número de turnos que es inversamente proporcional a su longitud. Además, hemos constatado que los dos grupos utilizan diferentes estrategias cuando se enfrentan a un intercambio comunicativo:



mientras los hablantes con afasia de tipo fluente se decantan por el monopolio del turno (una estrategia que ya señala Perkins 2000), los hablantes no fluentes prefieren ceder la responsabilidad conversacional a los interlocutores, instalándose en la posición receptora y completando sus producciones con actos de habla locutivos y no verbales.

### 3.3. El análisis estadístico

Se ha realizado un análisis de varianza (ANOVA) con el programa estadístico SPSS 17 entre los diferentes grupos en todas las respuestas (análisis multivariante) para observar si existen diferencias en el ámbito de la enunciación que se reflejen en las actuaciones de los emisores/receptores. En el análisis comparamos los datos de los interlocutores con afasia fluente y los hablantes con afasia no fluente a fin de detallar las diferencias de actuación que pudieran ser explicadas por las peculiaridades de sus lesiones.

A continuación presentamos una tabla donde recogemos las medias de cada categoría estudiada. Los resultados que han sido significativos se señalan con el símbolo \*\*\* y los que están muy próximos a la significatividad los hemos marcado con \*, porque consideramos que su baja significatividad está relacionada con la amplitud de la muestra. En la actualidad hemos ampliado los grupos para comprobar si las significatividades se incrementan.

	Identificación	Media	Significatividad
Turnos de I	1	86,8	
	2	133,8	***
	Total	110,3	
Inicios	1	5,8	
	2	2,8	
	Total	4,3	
Informes	1	51	
	2	24,6	
	Total	37,8	
Reacciones Evaluativas	1	22	
	2	24	
	Total	23	
Respuestas	1	19,4	
	2	54,6	
	Total	37	

Verónica Moreno: Pragmática clínica y análisis cuantitativo

Respuestas/Inicio	1	3,6	
	2	5,2	
	Total	4,4	
Respuestas Ecoicas	1	7,2	
	2	14,2	
	Total	10,7	
Actos de Habla de I	1	316	
	2	284,4	
	Total	300,2	
Actos Proposicionales	1	192,6	*
	2	121,2	
	Total	156,9	
Interjecciones	1	15,8	
	2	14,8	
	Total	15,3	
Actos Locutivos	1	14,4	
	2	29,8	
	Total	22,1	
Pausas Oralizadas	1	18,8	
	2	4,2	
	Total	11,5	
Pausas Verbales	1	5	
	2	3	
	Total	4	
Actos Borrador	1	43,2	*
	2	16	
	Total	29,6	
Preguntas Confirmatorias	1	7,8	
	2	4,5	
	Total	6,6	
Actos no Verbales	1	18,4	
	2	86,6	***
	Total	52,5	
Long media Turno en AH	1	4,3	
	2	2,06	
	Total	3,18	
Long media Turno en palabras	1	25,58	***
	2	3,34	
	Total	14,46	

#### **4. Conclusiones**

Los resultados estadísticos confirman la existencia de un comportamiento lingüístico diferente entre los informantes afásicos. En los hablantes con afasia de tipo fluente la longitud media de turnos en palabras es mayor, así como el número de actos proposicionales y de actos borrador; resultados coherentes con la denominación que recibe este tipo de afasia al presentar, por lo general, una gran capacidad verborreica. Los hablantes con afasia de tipo no fluente se caracterizan por presentar en su discurso una mayor cantidad de turnos con escasa longitud y los actos de habla no verbales, pues su sobreexplotación es utilizada como una estrategia comunicativa para sustituir a las formas fónicas del enunciado.

Los resultados estadísticos no sólo confirman los hallazgos del análisis lingüístico, sino que además destacan las categorías donde se concentran las máximas diferencias de actuación comunicativa entre el grupo de interlocutores con afasia de tipo fluente y el de hablantes con afasia de tipo no fluente.

#### **5. Bibliografía**

- Blomert et al., 1990 Blomert, L.; Koster, Ch.; Kean, M. (1990). Amsterdam-Nijmegen Test voor Alledaagse Taalvaardigheid, Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Chomsky, N. (1980). Rules and representations. New York: Columbia University Press.
- Crockford, C.; Lesser, R. (1994). Assessing functional communication in aphasia: clinical utility and time demands of three methods, *European Journal of disorders of communication*. 29. 165-182.
- Gallardo, B. y Moreno, V. (2005). Afasia no fluente. Materiales y análisis pragmático, Valencia: Universitat.
- Gallardo, B. (2006). Más allá de las palabras y su estructura: el nivel pragmático, en E. Garayzábal (Ed.): *Lingüística clínica y Logopedia*, Madrid: Antonio Machado. 81-196.
- Lomas, J.; Pickard, L.; Bester, S.; Elbard, H.; Finlayson, A; Zoghaib, C. (1989). The Communicative Effectiveness Index: development and psychometric evaluation of a functional communication measure for adult aphasia, *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 54. 113-124.

*Verónica Moreno: Pragmática clínica y análisis cuantitativo*

- Lubinski, R.; Duchan, J.; Weitzner-Lin.(1980). Analysis of breakdowns and repairs in adult aphasic communication. En: R. Brookshire, Editor, Clinical aphasiology conference proceedings, Minneapolis: BRK Publishers. 111–116.
- Manochiopining, S.; Sheard, C.; Reed, V. (1992). Pragmatic assessment in adult aphasia: a clinical review. *Aphasiology*. 6:6. 519-533.
- Penn, C. (1985). The Profile of Communicative Appropriateness: A clinical tool for the assessment of pragmatics, *The South African Journal of Communication Disorders*, 32, 18-23.
- Penn, C. (1999). Pragmatic assessment and therapy for persons with brain damage: What have clinicians gleaned in two decades? *Brain and Language*, 68, 535-552.
- Perkins, M. (2000). The Scope of Pragmatic Disability. A Cognitive Approach. En N. Müller (Ed.): *Pragmatics in speech and language pathology. Studies in clinical applications*, Amsterdam/Philadelphia, John Benjamins, pp. 6-28.
- Whitworth, A.; Perkins, L.; Lesser, R. (1997). *Conversational Analysis Profile for People with Aphasia*, London: Whurr Publ.

\* \* \*

## ***Los marcadores explicativos en edad temprana: usos y etapas evolutivas de “porque” en el corpus koiné<sup>20</sup>***

Gabriela Prego Vázquez

Grupo koiné. Área de Lingüística Xeral

Universidade Santiago de Compostela

### ***1. Introducción***

Los marcadores del discurso constituyen una categoría pragmática que incluye diferentes tipos de partículas y expresiones lingüísticas: conjunciones, interjecciones, adverbios o locuciones verbales (Archakis, 2001; Blakemore, 2002; Fraser, 1990; Schiffrin, 1987; Vázquez Veiga, 2003; Verdonik, Zgang, Pisanki 2008, entre otros). Su función es organizar el discurso en unidades coherentes y estructurar la interacción social. Schiffrin (1987: 40) los define como “(...) *linguistic, paralinguistic, or non-verbal elements that signal relations between units of talk by virtue of their syntatic and semantic properties and by virtue of their sequential relations as initial or terminal barckets demarcating discourse units*”.<sup>21</sup> Los hablantes los movilizan en la interacción para (a) crear coherencia y estructurar el discurso cohesionando actos de habla, turnos y contenido proposicional; (b) proporcionar retroalimentación a los participantes sobre cómo ha de ser entendido el transcurso del intercambio comunicativo; (c) señalar problemas de producción lingüística o

---

<sup>20</sup> Esta investigación cuenta con la financiación del proyecto “Exploración pautada del habla infantil usando el corpus *Koiné*. Eficacia comunicativa y progreso construccional” (dentro el proyecto coordinado “Logopedia y Lingüística de corpus. Exploración del habla infantil y del afásico”. Universidade de Santiago de Compostela/Universitat de València), subvencionado por el Ministerio de Educación y Ciencia (HUM2007-66074-C02-01).

<sup>21</sup> Schiffrin (1987; 2001) propone un modelo de discurso con diferentes planos: estructura de la interacción, estructura de la acción, estructura ideacional, marco de participación y estado de la información.

interaccional por partes de los hablantes; y (d) marcar la relación social entre los interlocutores de un evento comunicativo (Andersen et alii, 1999: 1340).

Un punto de partida relevante para la investigación de este tipo de partículas es el trabajo de Halliday y Hassan (1976) sobre cohesión en inglés desde una perspectiva semántica. Aunque estos autores no citan explícitamente el término “marcador del discurso”, incluyen las conjunciones y otras partículas entre los procedimientos cohesivos que expresan “*certain meanings which presuppose the presence of other component in the discourse*” (Halliday y Hassan, 1976: 236). Concretamente, el término “marcador del discurso” se identifica con la metodología socio-interaccional y pragmática que se introduce en la década de los ochenta para desentrañar las funciones de estos mecanismos de organización secuencial. Y, aunque el trabajo de Merritt (1984), centrado en el análisis de la expresión “OK” en los servicios de atención al cliente, puede considerarse una investigación precursora de los marcadores (Sprott 1992: 424), su estudio se instaura entre los temas estrella del Análisis del Discurso a partir de la publicación en 1987 del libro *Discourse Markers* de Deborah Schiffrin (1987).

A partir de la citada publicación aumenta considerablemente el interés por este tema y proliferan las investigaciones sobre marcadores en diferentes lenguas. Una parte importante de estos trabajos siguen los postulados de Schiffrin (1987) en el marco de la Sociolingüística Interaccional. Sin embargo, una década más tarde se inician dos perspectivas de análisis para abordar este tipo de partículas que también tendrán una importante repercusión en los estudios sobre este tema: la línea de investigación “gramática-pragmática”, iniciada por Fraser (1990), y la perspectiva de Blakemore (2002), que analiza los marcadores del discurso en el marco de la teoría de la relevancia.

La mayor parte de las investigaciones sobre marcadores se han centrado en su funcionamiento discursivo en el habla adulta. Los resultados de estos análisis han evidenciado cómo los marcadores indexicalizan simultáneamente los diferentes niveles del discurso señalados por Schiffrin (1987): nivel de las ideas o proposicional (nivel ideativo), nivel instrumental o de los actos de habla (nivel de acción) y nivel de la estructura del intercambio de turnos (nivel de la alternancia de turnos o interaccional). Asimismo, también pueden marcar el estado de la información y los marcos de participación. .

Sin embargo, son escasos los trabajos centrados en los usos y evolución de los marcadores en edad temprana. Estudios como los de Kyratzis, Guo y Ervin-Tripp (1990), Sprott (1992), Pak *et al.* (1996) y Kyratzis y Ervin-Tripp (1999) en inglés, las investigaciones de Jisa (1984, 1987) sobre marcadores en el habla de niños franceses, o el análisis contrastivo entre la adquisición de marcadores en inglés y francés (Andersen *et al.*, 1999) pueden considerarse trabajos precursores sobre este tema. Hasta finales de la década de los noventa y los albores del siglo XXI no surgen estudios de marcadores del discurso en otras lenguas: los estudios que comparan los usos de marcadores entre adultos y niños de tres años en alemán (Meng y Schrabback 1999) o el trabajo de Furman y Ozürek (2007) sobre marcadores del discurso en narrativas orales de niños turcos de tres, cinco y nueve años son muestra de ellos. En el caso del español hay que esperar hasta finales de los noventa para tener los primeros datos sobre adquisición de marcadores de discurso. Entre otros podemos destacar el trabajo de Montes (1999), adscrito al marco de análisis socio-interaccional y centrado en niños desde 1;7 a 3;0 años de edad, y las investigaciones de Diez-Itza y Pérez Toral (2001), González Ledesma y Garrote (2007), Idiazábal (1994), y Solé Planas y Soler Vilageliu (2001), adscritas a la Lingüística textual, y centradas en los usos de marcadores a partir de los cuatro años.

Los resultados de las investigaciones sobre marcadores en habla infantil constatan que entre los 2 y los 3 años se empiezan a producir las primeras partículas con función cohesiva (Bloom *et al.* 1980; Peterson y McCabe 1987). Asimismo, han mostrado que en edad temprana los marcadores sólo indexicalizan la relación en tres planos del discurso (Kyratzis y Ervin-Tripp 1999):

1. Plano de la interacción (“*Exchange structure*”). Es el nivel del discurso constituido por unidades de habla secuencialmente definidas en la interacción: los turnos. Como señala Schiffrin (1987: 24): “... *exchange structures are the outcome of the decision procedures by which speakers alternate sequential roles and define those alternations in relation to each other...*”.
2. Plano de la acción o de los actos de habla. Indica la relación establecida entre los diferentes actos de habla de un discurso: “*in terms what action precedes, what action is intended, what action is intended to follow, and what action actually does follow*” (Schiffrin, 1987: 25).

3. Plano ideativo. Las unidades de la estructura ideativa son las proposiciones. Para Schiffrin (1987: 26) se establecen tres tipos de relaciones entre las estructuras de ideas: relaciones cohesivas, relaciones de tópicos y relaciones funcionales.

Este trabajo pretende contribuir al desarrollo de esta nueva línea de investigación dedicada al estudio de los marcadores del discurso en el habla infantil. Concretamente, se centra en la emergencia de los marcadores explicativos en edad temprana en español. Nuestro objetivo es explicar cómo se articulan las funciones de “porque” en el discurso infantil para proponer estadios evolutivos de sus usos en edad temprana. La investigación pretende revelar (a) los niveles del discurso que los niños “marcan” con “porque” para entretejer la coherencia y cohesión del discurso (Schiffrin, 1987) y (b) el papel de estos usos interaccionales en la emergencia de la gramática en edad temprana.

## ***2. Metodología: enfoque etnográfico y émico para el análisis de los marcadores en el habla infantil***

### **2.1. La recogida de datos ecológicos**

El trabajo se basa en Corpus Koiné de habla infantil (Grupo Koiné, 2006). El corpus incluye producciones lingüísticas en castellano y gallego de setenta y un niños de edades comprendidas entre dieciocho y cincuenta y tres meses. Se observó y recogió el comportamiento comunicativo de 34 niños y 32 niñas, esto es, un total de 66 participantes al que hay que añadir 5 niñas que participaron de forma esporádica.

La recogida de datos siguió el método etnográfico y procuró obtener datos ecológicos, esto es, interacciones realizadas en un contexto habitual y familiar para nuestros informantes. Por esta razón se consideró la escuela infantil a la que los niños acuden diariamente como un entorno adecuado. Las Escuelas Infantiles de Breogán, Vite y Santa Susana, situadas en la ciudad de Santiago de Compostela (A Coruña), la escuela infantil Milagrosa en Lugo y Elfos en A Estrada (Pontevedra) fueron los escenarios de nuestra investigación. Esta elección no fue arbitraria. Las diferentes localizaciones de las guarderías aseguran informantes de diferentes provincias gallegas, contextos rural y/o urbano (A Estrada) y contexto urbano (Lugo y



Santiago). Asimismo, la procedencia social de los informantes también es diversa: las tres guarderías compostelanas están situadas en zonas con vecindarios de diferente extracción social: Sta Susana está en la zona centro, Vite en un barrio periférico habitado por trabajadores de clase media y Breogán, situada en el campus universitario, es la guardería del personal de la Universidad de Santiago de Compostela.

Los datos se grabaron audiovisualmente en estas escuelas infantiles entre los años 1996 y 2000. Cada grabación, realizada con una periodicidad quincenal, recoge aproximadamente veinte o veinticinco minutos de interacción en la que los niños, guiados por una entrevistadora, participan en conversaciones espontáneas, tareas de identificación de viñetas y narraciones. Posteriormente, las interacciones han sido transcritas y etiquetadas siguiendo el sistema CHILDES.

## **2.2. Metodología de análisis**

La investigación parte de una perspectiva de análisis *émica* que pretende comprender el funcionamiento de este marcador desde el punto de vista de los actores sociales y explicar los datos teniendo en cuenta las peculiaridades del habla infantil y no los presupuestos teóricos existentes sobre el habla de los adultos. Con este fin, he diseñado un modelo de análisis para los marcadores explicativos, surgido de la observación de los datos koiné y de los resultados de los estudios sobre este tema. Se desarrolla un análisis multimetodológico que combina la investigación cuantitativa y cualitativa. Se ha realizado un rastreo de frecuencias absolutas de esta partícula en el corpus koiné para delimitar los contextos comunicativos en los que aparece y clasificarlos por franjas de edad. Posteriormente, los datos se someten al análisis cualitativo para desentrañar sus patrones interaccionales y funciones.

El análisis cualitativo realizado integra la dimensión socio-interaccional y discursiva en el análisis del componente gramatical del habla infantil. Se enriquece de recursos de diferentes disciplinas que incluimos en un marco de investigación de bases multidisciplinares. Se introducen recursos de análisis de líneas de investigación de corte socio-interaccional como la propuesta de Schiffrin (2001: 1987) para el análisis de los marcadores discursivos y el “paradigma teórico y metodológico de socialización del lenguaje”, iniciado por Ochs y

Schieffelin (Ochs 1996; Ochs y Schieffelin 1995). Además, también partimos de los estudios sobre cohesión adscritos a la Lingüística sistémica (Halliday 1994; Halliday y Hasan 1976; Martin 2001), de los recursos para analizar marcadores propuestos por la Lingüística textual (Casado Velarde 1993; Portolés 1998) y del innovador *modelo de análisis gramatical basado en el uso*, liderado por Tomasello (2003) y aplicado a diferentes tipos de conectadores por Diessel (2004).

El análisis de los datos sigue los siguientes pasos: (1) observar el uso exofórico o endofórico del marcador partiendo de su posición discursiva: inicio o interior de turno; (2) analizar el tipo de unidades conectadas y los planos del discurso engarzados por el marcador: nivel interaccional, nivel de acción y/o nivel ideativo; (3) delimitar el ámbito operativo de los marcadores: local o global.

### **3. Análisis: usos y funciones de “porque” en el corpus Koiné**

#### **3.1. Rastreo de frecuencias en el corpus Koiné: delimitación de franjas de edad.**

Hemos rastreado y observado 360 usos de “porque” en el corpus. La primera vez que aparece es en la producción lingüística de un niño de 2;00.15 aunque es importante señalar que a esta edad su uso es infrecuente. De hecho, es a partir de los 2;5 años cuando observamos un uso significativo del mismo y detectamos un aumento de su frecuencia. El siguiente cuadro resume la distribución de frecuencias absolutas distribuidas por edades:

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
2;00-2;5	9	2.7%
2;5-3;00	70	19.6%
3;00- 3;5	118	32.7%
3;5-4;00	163	45%
Total:	360	

### 3.2. Análisis cualitativo: una propuesta de etapas evolutivas

Los datos cuantitativos por franjas de edad, aportados en la sección anterior, y el análisis cualitativo siguiendo los pasos explicitados en el apartado dedicado a metodología, permiten proponer tres etapas evolutivas de *porque* en edad temprana: (I) etapa interaccional, (II) etapa pragmática, y (III) etapa ideativa. El siguiente cuadro ilustra la incorporación sucesiva de funciones en las tres etapas.

<b>ETAPA I: 2-1,5 a.</b>	
Posición discursiva	Inicio de turno (exofórica)
Tipo de unidades conectadas	Interaccionales: turnos (constituidas por construcciones gramaticales simples): (a) Turnos de PA pregunta/respuesta. (b) Turnos de PA réplica/contrarréplica
Planos/ Estructuras del discurso	Interactivas: turnos
Organización discursiva	Dialógica: el marcador encabeza la segunda parte de un PA adulto/niño
Ámbito operativo	Local
<b>ETAPA II: 2,5-3 a.</b>	
Posición discursiva	Inicio de turno (exofórica) Interior de turno (endofórica)
Tipo de unidades conectadas	(1) Interaccionales: turnos (a) En PA pregunta/respuesta. (b) En PA réplica/contrarréplica. (2) Pragmáticas: actos de habla
Planos/ Estructuras del discurso	Interactivas: turnos Pragmáticas: actos de habla.
Organización discursiva	Dialógica Monológica: el marcador cohesiona dos construcciones simples producidas en el mismo turno por el niño.
Ámbito operativo	Local
<b>ETAPA III: 3-4 a.</b>	
Posición discursiva	Inicio de turno (exofórica) Interior de turno (endofórica)Interior de turno (conector gramatical)
Tipo de unidades conectadas	(1) Interaccionales: turnos (a) En PA pregunta/respuesta (b) En PA réplica/contrarréplica. (2) Pragmáticas: actos de habla (3) Semánticas y gramaticales: proposiciones y construcciones gramaticales compuestas
Planos/ Estructuras del discurso	Interactivas: turnos Pragmáticas: actos de habla Ideativas

Organización discursiva	Dialógica Monológica: el marcador cohesiona dos construcciones simples producidas en el mismo turno por el niño
Ámbito operativo	Local/Global

Las fases propuestas no deben entenderse como estadios fijos sino como un *continuum* en el que se van integrando las diferentes funciones de “porque” en edad infantil. Así, los niños adquieren antes la función de “porque” como marcador de las relaciones establecidas en las estructuras de la interacción y de la acción, que en la estructura ideativa. En este sentido, los usos interaccionales de los marcadores son anteriores a los ideativos y se restringen básicamente al nivel local del discurso (par adyacente o turno). En el paso de la fase I a la fase III “porque” se transforma en un marcador plurifuncional que indexicaliza la coherencia en diferentes niveles del discurso y que, incluso, desempeña funciones como nexo gramatical.

#### 4. Análisis de las diferentes etapas

En esta sección analizaremos con detalle e ilustraremos con ejemplo las características de cada una de las fases propuestas.

##### 4.1. Etapa interaccional

“Porque” indexicaliza cohesión y coherencia entre las estructuras de la interacción (*exchange structure*). Los usos de “porque” analizados en el corpus entre los 2 años y los 2;4/2;5 años sirven para marcar exclusivamente la alternancia en el sistema de toma de turnos. Su función es cohesionar turnos de diferentes hablantes para crear coherencia en el plano interaccional a través de un proceso de co-construcción adulto/niño o entre iguales. Esto es, sirve para enlazar unidades interaccionales y engarzar las estructuras del intercambio comunicativo. Los turnos están constituidos por construcciones gramaticales simples. A partir de los 2;5 años esta función puede también simultanearse con otras o pueden seguir apareciendo ejemplos en los que esta partícula se continúa usando exclusivamente como marcador de cambio de turnos.

Su posición discursiva se sitúa al inicio de turno. “Porque” encabeza turnos producidos por niños que constituyen segundas partes de pares de adyacencia (PA) iniciados mayoritariamente por los adultos y, en menor medida, por otros niños. Funciona básicamente en

el ámbito local de la interacción, esto es, en el par de adyacencia. Fundamentalmente, en nuestros datos encontramos dos tipos de pares de adyacencia en los que “porque” marca un vínculo sólo en el nivel de la interacción: (a) par pregunta/respuesta y (b) par réplica-contrarréplica.

**(a) Par pregunta/respuesta:** Este tipo es muy común en el corpus Koiné. La partícula “porque” vincula la primera parte de un par de adyacencia “pregunta”, iniciada por el adulto, con la segunda parte del par “respuesta” del niño. En estos casos, “porque” siempre aparece encabezando turnos que constituyen construcciones simples como se ilustra en el caso 3 (líneas 6 y 7) y el caso 4 (líneas 12 y 13). Además, como se puede observar en estos ejemplos, los turnos de los niños no aportan información nueva.

(3) File "c:\childes\2006koiné\iiii\_transcripciones\elf1\_07.cha": line 195.

RIC: Ricardo (2;3.21)

1. \*MON: me voy a ir # tú quieres que me vaya ?
2. \*RIC: sí
3. \*MON: por qué # no te gusta cuando estoy yo ?
4. \*RIC: no .
5. \*MON:no ?
6. \*MON:por qué no ?
7. \*RIC: porque no
8. MON:porque estás todo el tiempo sentado # verdad

(4)File "c:\childes\2006koiné\iiii\_transcripciones\bre5\_04.cha": line 562.

IRN: Irene (2;4.24)

1. \*IRN:este se llama ### u u un horizonte [?][\*] .
2. %par: horizonte=erizo \$LEX ;
3. \*DIA:xxx .
4. \*IRN:xxx lo mató un coche .
5. \*BLA: un horizonte dijo .
6. \*PIL: sí .
7. \*BLA: un erizo # moi ben # que lo mató un coche .
8. \*PIL: un erizo # vale # moi ben .
9. \*PIL: e pincha # este bicho # pincha ?
10. \*IRN: sí .
11. \*PIL: si que pincha # caramba !
12. \*PIL:por que pincha ?
13. \*IRN: <porque pincha> [>] .

14. \*DIA:<sí> [<] # mira # pincha .
15. %act: acerca un dedo al dibujo y lo aparta rápidamente
16. \*DIA:ves # pincha .
17. \*PIL: caramba !

En ambos casos, Ricardo e Irene completan los pares adyacentes iniciados por los adultos: “porque” encabeza dos construcciones simples: “porque no” (ejemplo 3) y “porque pincha” (ejemplo 4), que no aportan información nueva al discurso.

**(b) Pares réplica/contrarréplica:** Este segundo tipo tiene una presencia más anecdótica y tardía que el par pregunta/respuesta. Su uso aparece alrededor de 2;7 años en el corpus. Sprott (1992) también lo documenta en inglés a partir de la misma franja de edad. “Porque” encabeza la segunda parte de pares réplica/contrarréplica entre iguales (niño/niño). Se produce en situaciones de conflicto y confrontación. Su función es cohesionar sólo en el plano interaccional los turnos de los participantes. Así, como argumenta Sprott (1992), el marcador “porque” no introduce una justificación o una causa de una situación descrita o de un acto de habla.

Su función es marcar la alternancia de turnos y la confrontación entre los participantes. Constituyen marcadores de contradicción. Este autor muestra cómo los niños introducen los marcadores con esta función para posicionarse en la disputa aunque ellos no tengan información nueva para aportar un contra-argumento verbal (Sprott, 1992: 433). Se trata de una función interaccional. Por ejemplo, Kyratzis & Ervin-Tripp, 1999: 1323) ilustran con el siguiente caso (procedente de Sprott, 1992) cómo el “porque” funciona sólo en el nivel de habla para apropiarse del turno:

A: It's mine (reaching for toy that B is holding).

B: Because it's mine

En esta disputa por un juguete el “porque” no introduce una causa, aunque podría ser visto como la justificación de una acción no verbal (Kyratzis y Ervin-Tripp, 1999: 1323). Los siguientes casos de nuestro corpus ilustran situaciones de disputa en los que se moviliza el marcador “porque” con esta misma finalidad:

(5) File "c:\chilides\2006koiné\iiii\_transcripciones\bre6\_01.cha": line 168.  
(Irene: 2;10.04; Xaquín:2; 7.27)

1. IRN: yo también [<] !
2. \*ANC: e de qué colores é o dibuxo [>] ?
3. \*XAQ: y yo [<] .

*Gabriela Prego: Los marcadores discursivos en edad temprana*

4. %add:IRN
5. %com: Xaquín mantiene una conversación con Irene, que está a su lado
6. \*ANC: qué colores ten [>] ?
7. \*IRN: **tú° también** [<] .
8. %add: XAQ
9. \*XAQ: **tú° no** .
10. %add: IRN
11. \*ELI: xxx [>] .
12. \*PAU: xxx rojo [<] .
13. %com: Paula e Irene se dan la vuelta y comienzan a señalar los distintos colores del cuadro
14. \*IRN: **xxx** .
15. %add: XAQ
16. \*ANC: este rojo # qué máis colores ten o dibuxo ?
17. \*CEC: yo soy esul [?] [\*] .
18. %par: esul=azul \$PHO ;
19. %com: Cecilia suele pronunciar las fricativas alveolares interdentalizadas
20. %act: señala una de las manchas coloreadas del cuadro
21. \*XAQ: **no <está mi [/] mi ca(sa) [?]>** [>]
22. %add: IRN
23. \*CEC: yo soy xxx [<] .
24. %act: señala de nuevo el color azul
25. \*ANC: e qué color é ese Cecilia [>] ?
26. \*IRN: **xxx** [<] .
27. %add: XAQ
28. %act: **se señala a sí misma**
29. \*CEC: azul .
30. \*ANC: azul [>] .
31. \*XAQ: **no # mí- [<] [//] mío !**
32. %act: **susurrando al oído de Irene**
33. \*ANC: e o [//] éste ?
34. %act: la entrevistadora se levanta y señala el color verde
35. \*CEC: ver(de) .
36. \*ANC: verde # moi ben !
37. \*ANC: hala # xogamos Ñjs cartas ?
38. %act: los niños no hacen caso
39. \*IRN: **porque [/] porque xxx [/] porque está pegado .**
40. %add: XAQ
41. \*ANC: xogamos ás cartas [>] ?
42. %act: Paula responde afirmativamente con la cabeza
43. \*XAQ: no xxx [<] .
44. %add: IRN
45. \*ANC: a ver .

46. %act: abre la carpeta y coge las cartas  
47. \*IRN: **porque el mío está pegado .**  
48. %add: **XAQ**  
49. \*XAQ: xxx +/.  
50. %add: IRN  
51. \*IRN: y no podemos sacarlo [?] [\*] .  
52. %par: podemos sacarlo=podemos sacarlo \$PHO ;  
53. %add: XAQ  
54. \*XAQ: <no podemos sacarlo xxx estÃ; pegado> [?] con pegamento .  
55. %act: señala el cuadro anterior  
56. \*IRN: sí- .  
57. \*ANC: xogamos ás cartas ?  
58. \*CEC: sí- [\*] .  
59. %par: zí=sí \$PHO ;  
60. \*ANC: sí ?

En el ejemplo 5 podemos observar una disputa entre Irene y Xaquín. Hemos marcado en negrita los fragmentos en los que se agudiza el conflicto y en los que los participantes introducen turnos de réplica/contrarréplica. En las líneas 39 y 47 Irene, dirigiéndose a Xaquín, introduce los turnos con “porque” para posicionarse en la confrontación. De la misma manera, en el ejemplo siguiente (caso 6), Irene moviliza este marcador en las líneas 18 y 21 con la misma finalidad.

(6) File "c:\chilides\2006koiné\iiii\_transcripciones\bre6\_02.cha": line 614.  
(IRN: Irene (2;10.11))

1. \*ANC: oi # oi # oi # <venga # ven> [>] !
2. %act: Xaquín se ha vuelto a tirar sobre el cojín con las cartas de bruces
3. y Ana e Irene tratan de levantarlo
4. \*IRN: lo hago yo [<] .
5. \*ANC: a ver # dame [/] dame # eso non se pode facer .
6. %act: al incorporarse un poco Xaquín muerde una carta que Ana le quita de
7. la boca y coge otra que no quiere devolver
8. \*ANC: sabes ?
9. \*ANC: Xaquín !
10. \*ANC: Xaquín !
11. %act: Xaquín coge una carta y alejándose un poco se tira al suelo con ella
12. de bruces mientras Irene pretende quitarle la carta
13. \*ANC: Xaquín # Ana e eu imos marchar # eh # se non nos portamos ben .



14. \*ANI: veñá que quedan tres minutos !
15. \*XAQ: xxx mira be [?] [>] .
16. \*ANC: <mira> [<] # e ahora qué hacemos ?
17. \*ANC: eh ?
18. \*IRN: **porque** [\*] [/] **porque a mí no me da ésa .**
19. %par: porque=porque \$PHO ;
20. \*ANC: qué hacemos ahora Xaquín ?
21. \*IRN: **porque no me la da**

En definitiva, los diferentes ejemplos aportados muestran cómo “porque” puede funcionar exclusivamente como marcador de alternancia de turnos para crear coherencia en el plano interaccional. Como señalan Kyratzis y Ervin-Tripp (1999: 1322) y Sprott (1992), los primeros usos de este marcador sirven para apropiarse de un turno y marcar alternancia. De hecho, el nuevo turno no introduce ni causas ni justificaciones de eventos descritos o actos de habla. Tampoco introducen información nueva que suponga una progresión temática del intercambio comunicativo: “*the youngest children introduce turns, so they do turn-marking*” (Kyratzis y Ervin-Tripp 1999: 1322).

#### 4.2. Etapa pragmática

Hemos observado que a partir de los 2.4/2.5 años las producciones de “porque” aumentan considerablemente en el corpus y se incorpora una nueva función que se simultanea con la función de marcador de alternancia de turnos. En esta nueva etapa, que hemos denominado “pragmática”, esta partícula también indexicaliza la relación entre las estructuras del plano de la acción del discurso (*action structure*) en un ámbito operativo local: par de adyacencia o turno constituido por construcciones compuestas. Su función es entretelar coherencia y cohesión entre los actos de habla, unidades de tipo pragmático. De hecho, ésta es la función más frecuente en edad temprana, según la mayor parte de los estudios sobre el tema (Kyratzis, Guo y Ervin-Tripp 1990; Sprott 1992; Pak *et al.* 1996; Kyratzis y Ervin-Tripp 1999; Meng y Schrabback 1999 ; Furman y Ozürek 2007; y Montes 1999, entre otros).

La partícula “porque” introduce justificaciones de acciones que constituyen actos ilocutivos como solicitudes, promesas, afirmaciones o negaciones y aporta razonamientos para que el destinatario las atienda y/o entienda. No se establece relación entre proposiciones sino

entre actos de habla. Por ejemplo: “¿Podría tener ese anillo? Porque me gusta”. La razón o argumento iniciado por este marcador explica el acto de habla ilocutivo, esto es, justifica que el acto de habla realizado es apropiado al contexto. Así, “porque me gusta” explica el acto ilocutivo de “solicitud”: “¿Podría tener ese anillo?”.

Su posición discursiva puede situarse al inicio de turno (exofórica) o en el interior (endofórica). De hecho, en nuestros datos, la relación de coherencia entre las estructuras de la acción puede presentarse en dos tipos de organización discursiva: (a) dialógica y (b) monológica.

**(a) Dialógica.** “Porque” encabeza turnos producidos por niños que constituyen segundas partes de pares de adyacencia pregunta/respuesta iniciados por adultos. En estos casos, “porque” tiene dos funciones: marcar alternancia de turnos y marcar relación entre los actos de habla: preguntar (solicitar justificación) y responder (aportar justificación). De hecho, la mayor parte de los vínculos establecidos entre las partes de los pares pregunta/respuesta simultanean ambas funciones: interaccional y pragmática. Los casos 7 y 8 ilustran este primer tipo.

En el siguiente caso, Juan completa el par de adyacencia iniciado por Pili, la entrevistadora, en la línea 13. La partícula “porque” encabeza el turno del niño constituido por una construcción simple. La relación establecida entre estos dos pares a través de “porque” no se limita al plano interaccional, dado que la intervención del niño introduce información nueva. También se engarzan dos estructuras de la acción. Se entreteje coherencia entre el acto de habla de preguntar y responder. Se indexicaliza la aportación de una justificación: “yo no tengo el pelo largo”, solicitada en el acto ilocutivo “preguntar”: ¿por qué no tiene coletas?

(7) file <c:\chilides\2006koiné\iiii\_transcripciones\bre5\_07.cha>  
(JUA: Juan; 2;7.08)

1. \*PIL: qué tiene ?
2. \*JUA:goro [\*] .
3. %par: goro=gorro \$PHO ;
4. \*PIL: unas +//?
5. \*JUA:qué [?] ?
6. \*PIL: unas coletas tiene # verdad ?
7. \*JUA:zí- [\*] # por qué ?
8. %par: zí=sí \$PHO ;
9. \*PIL: porque tiene el pelo largo .

10. \*PIL: y tú° tienes coletas ?
11. \*JUA: nooo .
12. \*PIL: y por qué ?
13. \*JUA: porque # yo no tengo el pelo largo .
14. \*PIL: ay claro # mira tã° # no me di cuenta .
15. \*PIL: y Xaquín tiene coletas ?
16. \*JUA: no .
17. %act: le toca el pelo a XAQ
18. \*PIL: no # no tiene coletas # porque tampoco tiene el pelo largo # verdad ?
19. %com: JUA niega con la cabeza

El ejemplo siguiente también ilustra el papel plurifuncional de “porque” como marcador de alternancia de turnos y vínculo de los actos de habla pregunta/respuesta.

(8) File "c:\chilides\2006koiné\iiii\_transcripciones\vit3b\_07.cha" (XUN: Xulián P; (2: 11.15)

CHE: esa es para beber y por qué tienes que beber agua?

XUN: porque tengo sed; quies [\*] una poquita?

**(b) Monológica:** La partícula “porque” se moviliza en el interior del turno para enlazar actos de habla producidos por un mismo hablante. Su función es crear coherencia y estructurar el plano de la acción del discurso cohesionando actos de habla. Así, en los ejemplos anteriores, la coherencia se entretaña en una organización discursiva dialógica adulto/niño; en cambio, en los ejemplos aportados en esta sección, observamos cómo los niños a partir de los 2.4/2.5 años también son capaces de producir un discurso monológico en el que enlazan diferentes tipos de actos de habla. Los resultados del análisis cualitativo muestran que la función de “porque” consiste en introducir justificaciones y explicaciones a los siguientes tipos de actos ilocutivos: negaciones, afirmaciones y directivos.

- **Negaciones:** El marcador “porque” introduce las explicaciones y justificaciones que los niños realizan de sus actos ilocutivos de “negación”. Por ejemplo, Xulián en la línea 7 del caso 9 y Víctor en la línea 6 del caso 10 ilustran este tipo de relación entre actos de habla:

(9) File "c:\chilides\2006koiné\iiii\_transcripciones\vit3b\_03.cha": line 285.  
(XUN: Xulián (2;4.27)

1. PIL: que lle tocara a Tatiana # un pájaro.
2. \*JOR: <y erez [\*]> [?] un pájaro.

*Gabriela Prego: Los marcadores discursivos en edad temprana*

3. %par: erez=eres \$PHO ;
4. \*XAC: me pica.
5. \*PIL: qué te pica?
6. \*PIL: te pica ahí?
7. \*XUN: **a mí no porque soy mayor y ya está ya no me pica.**
8. \*TAT: a mí- tampoco.
9. \*JOR: a mí tampoco.
10. \*PIL: claro sólo le pica a Xacobo.
11. \*XUN: a mí tampoco.

(10) File "c:\childes\2006koiné\iiii\_transcripciones\sus6\_03.cha": line 615. (VIC: Victor: 3;4.01)

1. \*VIC: pero a mí no me gusta el cine [<][>].
2. \*MRT: ++ pipaz [\*] [<].
3. %par: pipas=pipas \$PHO ;
4. \*ANI: no te gusta?
5. \*ANI: y por qué?
6. \*VIC: **no porque [/] porque si apagan las luces yo no veo!**

- **Afirmaciones:** El marcador “porque” introduce las explicaciones y justificaciones que los niños realizan de sus actos ilocutivos de afirmación. Los ejemplos 11 (línea 5) y 12 son muestra de ello.

(11)File "c:\childes\2006koiné\iiii\_transcripciones\sus5\_08.cha": line 141. (VIC: Victor: 3;1.05)

1. \*MRT: a mí me gusta un [/] a mí no me gustan los tiribones [\*]  
# a mí me
2. gustan los delfines .
3. %par: tiribones=tiburones \$PHO ;
4. \*ANI: claro # los delfines son más bonitos que los tiburones .
5. \*VIC: **sí # porque los tiburones hacen sangre +//.**
6. \*ANI: ah

(12)From file <c:\childes\2006koiné\iiii\_transcripciones\sus4\_09.cha> (DRI: Adrián: 3;11.24)

**\*DRI: <claro (1)porque [/] <(2)porque es como iguales> [\*]> [<] .**

- **Actos directivos:** El marcador sirve para introducir un enunciado que justifica un acto de habla directivo en el que solicita que el interlocutor realice una acción. Por ejemplo, en el siguiente caso (13),

Jorge introduce un acto de habla directivo: “*tienes que mirar por la ventana*” y, a continuación, introduce con “*porque*” la justificación de la solicitud de la acción: “*porque si no no los ves*”.

(13)File "c:\childes\2006koiné\iiii\_transcripciones\vit4\_08.cha": line 98.  
(JOR: Jorge: 3;7.08)

1. \*CHE: qué hacemos nosotros de noche ?
2. \*XUN: dormimos .
3. \*JOR:no no dormimos xxx los muciérgalos [\*] .
4. %par: muciérgalos=murciélagos \$PHO ;
5. \*CHE: los qué?
6. \*JOR:<los murciérgalos [\*]> [>].
7. %par: muciérgalos=murciélagos \$PHO ;
8. \*JOR:<los muciérgalos [\*]> [<].
9. %par: muciérgalos=murciélagos \$PHO ;
10. \*CHE: están de noche los murciélagos sí-.
11. \*JOR:pero # tienes que mirar por la ventana porque si no no los ves.

#### 4.3. Etapa ideativa

A partir de los tres años y, sobre todo, a partir de los 3.5 empieza a producirse tímidamente la incorporación de una nueva función de la partícula “*porque*”: entretelar las estructuras ideativas del discurso. Como ya hemos señalado en la introducción, la estructura ideativa del discurso se forja a través de las relaciones de cohesión entre proposiciones y se basa en la coherencia establecida entre ideas, tópicos o dos o más eventos descritos por un actor social.

Concretamente, cuando los niños movilizan “*porque*” con función ideativa ponen en relación causa/efecto representaciones del mundo descritas en diferentes proposiciones. Vinculan unidades semánticas como las proposiciones y unidades gramaticales simples para formar construcciones gramaticales compuestas causales, producidas en un solo turno por un único hablante. Se trata de unidades monológicas en las que “*porque*” está en el interior de turno. En nuestros datos encontramos dos tipos de función ideativa, teniendo como criterio el ámbito operativo del marcador: (a) función ideativa local y (b) función ideativa global.

**(a) Función ideativa local.** Los niños introducen la partícula “*porque*” para introducir una construcción causal que modifica y complementa recursivamente otra construcción que representa un estado o representación del mundo. Se trata de construcciones gramaticales compuestas producidas en un turno por el niño.

Constituyen una única unidad gramatical, integrada en una única unidad melódica. De esta manera, se empiezan a perfilar las relaciones sintácticas de causalidad que aparecerán en la gramática del habla de los adultos. Por ejemplo: caso 14, caso 15 y caso 16 (línea 10 y 11).

(14) File "c:\childes\2006koiné\iiii\_transcripciones\vit4\_07.cha": line 182.  
(XAC:Xacobo; edad:3;11.28)

XAC: no se # no se perdió se echó a perder <(1)porque> [/] (2)porque la caja#no cierra la caja .

(15) File "c:\childes\2006koiné\iiii\_transcripciones\elf4\_05.cha": line 195.  
(RIC: Ricardo; 3;10.30)

\*RIC: **y después # la va a levantar pero no va porque es muy pesada .**

\*MON: mmm !

(16) File "c:\childes\2006koiné\iiii\_transcripciones\vit3b\_09.cha": line 425. (XUN: 3:1.03)

1. XUN: a qué no vino Papá Noel?
2. %add:JOR
3. %act: JOR dice que sí- con la cabeza
4. \*ANC: en tu casa vino?
5. \*JOR: sí [!].
6. \*ANC: ah bueno.
7. \*XUN: y en tu casa Xacobo?
8. \*XAC: no en mi casa vinieron los reyes.
9. \*ANC: claro.
10. \*XUN: y en mi casa no [/] vinieron los reyes # **no vino Papá Noel porque tenía**
11. **mucha prisa #** tenía que <trabajar> [/] trabajar xxx y me dejaron un
12. desodorante y una colonia.

(b) **Función ideativa global.** La función ideativa global se introduce en nuestro corpus de forma tardía (a partir de los 3;5). En estos casos “porque” trasciende los límites del par pregunta/respuesta y de la construcción compuesta en un turno. Su función es marcar las fronteras entre unidades del discurso que forman secuencias y establecer entre ellas una relación en el nivel ideativo. Hemos

observado esta función sobre todo en secuencias narrativas co-construidas a lo largo de la interacción entre los participantes. Obsérvese el siguiente ejemplo:

(17) " c:\childes\2006koiné\iiii\_transcripciones\elf4\_05.cha": line 187.

(RIC: Ricardo 3;11)

1. \*RIC: **Bea va a la playa .**
2. \*MON: **muy bien # Bea va a la playa**
3. \*RIC: **porque aquí dentro tiene un flotador**
4. \*MON: sí .
5. \*RIC: para nadar .
6. \*MON: sí .
7. \*RIC: y aquí lleva una barca para ir .
8. \*MON: sí .

En la co-construcción que Ricardo y Montse realizan de la narración "*Bea va a la playa*", Ricardo, en la línea 3, introduce un turno con "porque" que establece una relación ideativa de tipo causal con (a) el turno que emitió en la línea 1 y (b) la repetición del contenido del mismo que la entrevistadora realiza en la línea 2. Obsérvese que "porque" no combina gramaticalmente dos construcciones en una única unidad entonativa para formar una construcción gramatical compuesta causal. Transciende estos límites para fraguar el inicio de una narración. Así, además de la relación de tipo ideativo que se establece entre las estructuras del discurso, la partícula "porque" en este caso también funciona como marcador interaccional. Obsérvese que su uso, al inicio de turno (línea 3), sirve para indexicalizar la alternancia en el intercambio comunicativo.

## 5. Conclusiones

El análisis de la partícula "porque" en el corpus de habla infantil koiné muestra que las frecuencias y las funciones de este marcador cambian en la franja de edad comprendida entre los dieciocho y los cincuenta y tres meses. La investigación evidencia que el marcador amplía e incorpora nuevas funciones con el aumento de sus frecuencias de uso y con la edad. Este proceso de adquisición de nuevas funciones se realiza paulatinamente. Los datos ilustran cómo la partícula "porque" desempeña exclusivamente una función interaccional antes de los 2;5 años para pasar a funcionar como un marcador multifuncional en el

plano interaccional, pragmático e ideativo e, incluso, como nexos gramaticales en la frontera entre los 3 y los 4 años. Concretamente, los resultados del análisis permiten distinguir tres estadios de desarrollo: (I) fase interaccional (comprendida entre los 2;00 y 2;5 años), (II) fase pragmática (entre los 2;5 y 3 años) y (III) fase ideativa (a partir de los 3 años).

Se ha observado que el papel más frecuente que desempeña esta partícula en edad temprana es como marcador en el plano del intercambio comunicativo y en el plano de los actos de habla. Y, aunque a partir de los 3 años podamos observar muestras de habla en las que “porque” funciona como marcador ideativo, sigue manteniendo sus usos interaccionales y pragmáticos. De hecho, el desarrollo evolutivo de este marcador consiste en partir de usos interaccionales, dialógicos y locales e integrar usos pragmáticos, ideativos, monológicos y globales, por un lado, y, por otro lado, funciones gramaticales. Así, los resultados del análisis de las funciones de “porque” también nos permiten obtener conclusiones sobre (I) el desarrollo de la complejidad discursiva en edad temprana; (II) la adquisición gramatical; (III) posibles aplicaciones para la valoración y evaluación de déficit comunicativos.

(I) El desarrollo de la complejidad discursiva. Las funciones desempeñadas por “porque” en nuestros datos dan cuenta de los planos o niveles del discurso que los niños diferencian en el habla en edades comprendidas entre los dieciocho y cincuenta y tres meses. Los datos muestran que la partícula “porque” se moviliza en edad temprana para indexicalizar las relaciones de las estructuras de los siguientes planos: plano de la interacción, plano de la acción y, en menor medida, plano ideativo. Sin embargo, no encontramos muestras de otros planos del discurso señalados por Schifffrin (1987) como el nivel del marco de participación (participation frame-work) o el plano del estado de la información (information state), presentes en el habla adulta. Estos resultados coinciden con los aportados por estudios realizados en otras lenguas (Kyratzis y Ervin-Tripp 1999; Meng y Schrabback 1999; Furman y Ozürek 2007; Pak *et al.* 1996). Así, el proceso de adquisición de nuevas funciones de los marcadores está conectado con el desarrollo de la complejidad del discurso.

(II) La adquisición gramatical. Los datos analizados ilustran cómo los usos interaccionales preceden a su función como nexos gramaticales. Así, a partir de los dos años, se observa la función interaccional de



“porque” en el corpus; en cambio, la función como nexos gramaticales no se detecta hasta pasados los tres años. Los resultados de la investigación constatan el origen interaccional de las subordinadas causales, cuestión también mostrada en estudios recientes sobre adquisición del inglés (Diessel 2004; Tomasello 2003). En este sentido, las oraciones subordinadas causales de los adultos tienen como precedente patrones interaccionales. Son fruto de la gramaticalización de patrones conversacionales frecuentes y rentables en el habla, dado que las gramáticas que se van sucediendo en el habla infantil están siendo continuamente configuradas en función de los usos interaccionales y pragmáticos. Por lo tanto, el análisis de las funciones de “porque” en edad temprana muestran cómo los usos pragmáticos e interaccionales constituyen motores del desarrollo gramatical.

(III) Aplicaciones. El estudio de los marcadores también puede ser interesante para ámbitos aplicados como la Lingüística Clínica, cuestión que se muestra en el trabajo de Gallardo y Marín (2006), centrado en los marcadores discursivos en la afasia de Broca. De la misma manera, los estadios evolutivos de “porque” que se propone en este trabajo sirven para valorar (a) el desarrollo de la complejidad discursiva en edad temprana y (b) la emergencia de construcciones gramaticales compuestas causales. Asimismo, los estadios evolutivos propuestos constituyen marcos de referencias para evaluar déficits comunicativos en edad temprana.

En definitiva, el estudio de los marcadores que los niños utilizan en sus interacciones cotidianas para coordinar sus actividades comunicativas y marcar la organización supraoracional contribuye no sólo a un mayor entendimiento de la arquitectura del discurso, sino también sirve para profundizar en la organización interaccional y en las relaciones que se establecen entre ésta y la gramática. Esta investigación evidencia las relaciones establecidas entre prácticas discursivas, prácticas interaccionales y gramática para mostrar cómo los usos discursivos no son actualizaciones de una gramática predeterminada, cuestión que ha de ser tomada en cuenta en la valoración y evaluación del desarrollo lingüístico y de los déficits comunicativos.

## 6.- Bibliografía

- Andersen, Elaine, Maquela Brizuela, Beatrice DuPuy y Laura Gonnerman (1999) : Cross-linguistic evidence for the early acquisition of discourse markers as register variables. *Journal of Pragmatics* 31: 1339-1351.
- Archakis, Argiris (2001): On discourse markers: evidence from Modern Greek. *Journal of Pragmatics* 33, 1235–1261.
- Blakemore, Diane (2002): *Relevance and Linguistic Meaning: The Semantics and Pragmatics of Discourse Markers*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Bloom, Lois, Margaret Lahey, Lois Hood, Karin Lifter y Kathleen Fliess. (1980): Complex sentences : acquisition of syntactic connectives and the semantics relations they encode, *Journal of Child Language*, 7: 235-261.
- Casado Velarde, Manuel (1993): *Introducción a la gramática del texto en español*. Madrid, Arco / Libros
- Diez-Itza, Eliseo y Pérez Toral, María (2001): Categorización función de los marcadores discursivos en narraciones infantiles orales, en Ana I. Moreno y Vera Colwell (eds.), *Perspectivas recientes sobre el discurso*. León: AESLA/Universidad de León
- Diessel, Holger (2004): *The acquisition of complex sentences*. Cambridge. Cambridge University Press.
- Fraser, Bruce (1990): An approach to discourse markers. *Journal of Pragmatics* 14, 383–395.
- Furman, Reyhan y Ozyürek, Ash (2007): Development of interactional discourse markers: Insight from Turkish children's and adults' oral narratives. *Journal of Pragmatics* 39, 1742-1757.
- Gallardo Paúls, Beatriz y Marín, María Josep (2006): [Marcadores discursivos procedentes de verbos perceptivos en la afasia de Broca](#). *Revista de Investigación Lingüística* 8/1, 23-74.
- González Ledesma, Ana y Garrote, Marta (2007): [Los marcadores discursivos en CHIEDE, un corpus de habla infantil espontánea](#), *Actas del XXII Congreso Internacional de la Asociación de Jóvenes Lingüistas*, 9-11 Mayo, Sevilla.
- GRUPO KOINÉ (2006): Corpus koiné de habla infantil  
(a) <http://chilides.psy.cmu.edu/data/Romance/Spanish/>  
(b) <http://chilides.psy.cmu.edu/manuals/08romance.doc>
- Halliday, Michael A. K., y Hasan, Ruqaiya (1976): *Cohesion in English*. London: Longman.
- Halliday, Michael A. K (1994): *An introduction to a Functional Grammar*. London: Edward Arnold.
- Idiazabal, Itziar (1994): Elementos de cohesión y conexión en las primeras fases de la adquisición del lenguaje: análisis de la producción verbal de un niño bilingüe vasco-hispanófono, en JMeisel (ed.), *La adquisición del vasco y del castellano en niños bilingües*. Madrid: Iberoamericana: 35-68.

Gabriela Prego: Los marcadores discursivos en edad temprana

- Jisa, Harriet (1984/1985): French preschoolers' use of et pis ('and then'). *First Language* 5: 169-184.
- Jisa, Harriet (1987): Sentence connectors in French children's in monologue performance. *Journal of Pragmatics* 14: 367-381.
- Kyratzis, Amy y Ervin-Tripp, Susan (1999): [The development of discourse markers in peer interaction](#). *Journal of pragmatics*. 31: 1321-1338.
- Kyratzis, Amy, Jiansheng Guo, y Ervin-Tripp, Susan (1990): Pragmatic conventions influencing children's use of causal expressions in natural discourse. *Proceedings of the Sixteenth Annual Meeting of the Berkeley Linguistics Society*: 205-215.
- Martin, J.R. (2001): Cohesion and texture, en D. Schiffrin, D. Tannen, y H. E. Hamilton (eds.): *The Handbook of Discourse Analysis*. Malden, MA: Blackwell: 35-53
- Meng, Katharina y Schrabback, Susanne (1999): Interjections in Adult-Child Discourse: The Cases of German *HM* and *NA*. *Journal of Pragmatics* 31: 1263-1287.
- Merritt, Marilyn (1984): On the use of "okay" in service encounters. En J. Baugh and J. Sherzer (eds.): *Language in use*, 139-147. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Montes, Rosa Graciela (1999): The Development of Discourse Markers in Spanish: Interjections. *Journal of Pragmatics* 31: 1289-1319.
- Ochs, Elinor y Schieffelin, Bambi (1995): The impact of language socialization, en P. Fletcher y B. MacWhinney (ed.): *The handbook of child language*,. Blackwell, Oxford: 73-94
- Ochs, Elinor (1996): "Linguistic resources for socializing humanity", en John J. Gumperz y Stephen C. Levinson (eds.): *Rethinking linguistic relativity*, Cambridge: Cambridge University Press: 407-437.
- Pak, María, Sprott, Richard y Escalera, Elena (1996): Little words, big deal: the development of discourse and syntax in child language, en D. I. Slobin, Gerhardt, J. Kyratzis, A. y Guo, J. (Eds): *Social Interaction, Social Context, and Language: Essays in Honor of Susan Ervin-Tripp*, Mahwah: Erlbaum: 287-308.
- Peterson, Carole y McCabe, Allyssa (1987): The connective *and*: do older children use it less as they learn other connectives?, *Journal of Child Language* 14: 375-381
- Portolés, José (1998): *Marcadores del discurso*. Ariel, Barcelona
- Schiffrin, Deborah. (1987). *Discourse Markers*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Shiffrin, Deborah (2001). *Discourse Markers: Language, Meaning and Context*. En D. Schiffrin, D. Tannen, y H.E. Hamilton (Eds.): *The Handbook of Discourse Analysis*. Malden, MA: Blackwell: 54-75
- Solé Planas, María Rosa y Soler Vilageliu, Olga (2001): Uso de conectores en distintos géneros narrativos en la infancia", en Ana I. Moreno & Vera Colwell (Eds.), *Perspectivas recientes sobre el discurso*. León: AESLA/Universidad de León.

*Gabriela Prego: Los marcadores discursivos en edad temprana*

- Sprott, Richard (1992): Children's use of Discourse Markers in Disputes: Form-Function Relations and Discourse in Child Language. *Discourse Processes* 15: 423-439.
- Tomasello, Michael ( 2003): *Constructing a Language. A Usage-based Theory of Language Acquisition*. Cambridge, Massachussets, y London: Harvard University Press.
- Vázquez Veiga, Nancy (2003): *Marcadores discursivo de recepción*. Santiago de Compostela: Universidade de Santiago de Compostela.
- Verdonik, Darinka, Pisanki, Agnes y Zgang, Andrej (2008): The impact of context on discourse marker use in two conversational genres. *Discourse Studies* 10(6): 759-775

\* \* \*

## ***Análisis discursivo de los textos narrativos en el adulto mayor con queja de memoria***

*Henry Rumbos*

*Beatriz Valles González*

*Universidad Pedagógica Experimental Libertador*

*Instituto Pedagógico de Caracas*

### ***1. A modo de introducción***

La etapa del desarrollo humano designada como adultez mayor no tiene una fundamentación biológica clara que permita establecerla con precisión. Esta clasificación obedece más a razones psicológicas y socioeconómicas, pues casi todos los países concuerdan en que se es un adulto mayor después de los 65 años, edad en la que se es candidato para la jubilación (Beers, 2005). En algunos casos, sin embargo, el momento para ser considerado como mayor puede variar; es así como de acuerdo con el Artículo 2 de la *Ley Orgánica de los Derechos de las Personas Mayores de la República Bolivariana de Venezuela* (2000) se entiende por persona mayor, adulto mayor, anciano o de la tercera edad, todos aquellos ciudadanos y ciudadanas mayores de sesenta (60) años de edad, sin perjuicio de lo establecido en leyes especiales.

Envejecer es sinónimo de transformación en los diversos niveles de funcionamiento; estas variaciones obedecen en parte a factores de carácter biológico, y provocan una serie de cambios tanto en la estructura física (músculos, huesos) como en la función de diversos sistemas: cardiovascular, respiratorio, endocrino, auditivo y visual. Ahora bien, es necesario resaltar que además de estas transformaciones, la actividad del adulto mayor y su calidad de vida en general responderán a variables no sólo ligadas con lo orgánico sino también con creencias (positivas o negativas) arraigadas en diferentes culturas, las cuales marcan el cómo se envejece y el cómo se trata al adulto mayor, valores que pueden impactar de forma negativa en lo cognoscitivo y en lo emocional, pues reducen las posibilidades de interacción social del referido

colectivo. Así, la actividad comunicativa y lingüística de los mayores está marcada por procesos de tipo social y cultural, relacionados con los cambios en la rutina de vida que ocasiona la jubilación, hecho que lo obliga a quedarse solo en su hogar y provoca cambios en su desempeño como sujeto productor.

Dentro de los cambios típicos de esta etapa, el cognoscitivo es quizás el que provoca los efectos más negativos, pues determina una reducción en la velocidad de respuesta y limita la capacidad de procesamiento. No obstante, la mayoría de adultos mayores que presentan un envejecimiento normal pueden exhibir una adecuada ejecución comunicativa (Petersen, 2004). Como parte de un proceso de envejecimiento normal, se produce un deterioro de la memoria operativa, el cual limita el desempeño en el sistema atencional y de control, especialmente en los procesos de atención y de inhibición que implican selección, planificación y supervisión. Todo ello afecta los aspectos lingüísticos relacionados con la memoria, como lo son: el acceso al léxico, la comprensión y producción de oraciones complejas; eventos que inciden en la comprensión y producción exitosa del discurso y que además, pueden provocar una reacción negativa en el interlocutor joven al desestimar las posibilidades de actuación lingüística efectiva del adulto mayor.

Las características señaladas deben ser analizadas teniéndolas como parte de ese momento del desarrollo humano y aceptando que en el anciano, el tiempo para procesar la información aumenta, pero la variación no determina la imposibilidad para actuar de manera efectiva en lo lingüístico. Sin embargo, esta ejecución produce una falsa percepción de pérdida o detrimento de la función cognoscitiva por parte de los jóvenes que interactúan con el mayor (Coupland y Coupland 1991).

Lo anterior obliga a los evaluadores a estudiar el envejecimiento sano en una perspectiva integral, la cual aporte datos textuales y contextuales fieles, que permitan explicar y caracterizar las variaciones típicas de la interacción lingüística que se dan en el anciano sano, para a partir de ellos, poder comprender el deterioro que producen la demencia u otros cuadros como el trastorno cognoscitivo leve. Por lo que el diagnóstico en el área del lenguaje debe considerar todos los datos posibles y relacionarlos

con aspectos sociales y culturales vinculados al proceso de envejecimiento.

Esto supone una limitación en la evaluación, que necesita ser atendida con celeridad, pues representa el establecer un posible diagnóstico de un funcionamiento patológico sin contar con una adecuada definición de lo normal en algunos países con una población mayoritariamente joven, en los cuales no existen suficientes datos sobre el proceso de envejecimiento típico de sus habitantes, como es el caso de Venezuela; por otra parte, requiere que el evaluador tome en cuenta que los seres humanos respondemos desde nuestra experiencia de vida, por lo que no existen soluciones únicas a los problemas, sino más bien una gama de posibles conductas aceptables en respuesta a una tarea dada o a una pregunta (Hamilton 1996).

En la presente investigación se buscó describir la actividad lingüística de la persona adulta mayor con queja de memoria y de sus interlocutores sanos con el propósito de conocer los procesos cognoscitivos y sociales que pueden estar relacionados en la construcción colaborativa del discurso narrativo. Para alcanzar este objetivo se tuvo en cuenta una serie de indicadores textuales y contextuales que determinan una construcción efectiva de la conversación, para ello se analizó un texto narrativo correspondiente a la categoría de relato personal (Hudson y Shapiro 1991) el cual emergió en una conversación donde los investigadores fueron observadores participantes.

## ***2. A qué llamamos discurso***

El discurso es un término que se refiere al “producto verbal oral o escrito de un acto comunicativo y también ha sido concebido como una forma de uso del lenguaje, como un suceso de comunicación o como una interacción verbal” (Cabeza y Molero de Cabeza 2007: 204). Para Fairclough (1992, apud. Schiffrin 2002) este concepto desborda el uso del lenguaje y debe ser asumido más bien como un tipo de práctica social. Estos elementos plantean una gran complejidad al tratar de definir a qué llamamos discurso y cómo investigarlo en nuestras relaciones y acciones que desplegamos a diario.

En este sentido, Bolívar (2007) plantea que el discurso puede ser visualizado en función de una serie de condiciones que lo definen, a saber: interacción social, cognición, historia, diálogo y acción. Por su parte, Cabeza y Molero de Cabeza (2007) afirman que el discurso posee ciertas características imprescindibles de ser consideradas al momento de realizar el análisis; éstas son: el contexto en el cual aparece, su propósito, su estructura interna, el tópico o tema, su modo de organización y sus funciones. Estos mismos autores (2007: 206) proponen dos grandes componentes del discurso:

*“el primero es el semántico, que está referido a la información contenida en el discurso, es decir, a los significados que transmite a los lectores o receptores, lo que se dice (y no se dice o se calla) y la forma cómo se dice; el segundo componente es el pragmático, o interactivo, porque tiene que ver con los participantes y con el contexto o situación en la que se produce el discurso.”*

De esta manera el contexto define la organización discursiva. Van Dijk (1999) define este término como un modelo mental que un hablante ha construido, de tal forma que éste le permite el enlace entre lo general y lo específico, entre lo social y lo personal y establecer así, las relaciones entre las estructuras lingüísticas y las situaciones sociales. En consecuencia, la actividad metalingüística se orienta a seleccionar y construir la forma lingüística que permite una actuación ajustada a unos fines determinados previamente por el(los) hablante(s).

La elaboración textual se inicia desde el mismo momento en que se presenta la intención comunicativa del hablante, el cual comienza su construcción relacionando esta actividad con lo social. La coherencia se manifiesta a partir de la intención comunicativa del hablante, quien sigue un plan que se materializa a través de determinados mecanismos u operaciones donde encontramos la cohesión evidenciada en los recursos cohesivos que reflejan ese plan, los cuales deben ser procesados por el oyente o receptor.

Al analizar un acto de habla, se debe atender la dimensión textual y la dimensión contextual. Por tal razón, se deben integrar aspectos referidos a las formas, los significados y las funciones del



discurso, con datos relacionados con los procesos que inciden en los mecanismos de producción y comprensión de los enunciados, teniendo en cuenta que el significado de un texto, depende de múltiples variables y además, de una información compartida entre los actores, donde lo que sabe cada uno de ellos con respecto al saber del otro, es determinante en la selección de la forma. Dicho de otra manera, el intercambio comunicativo no es casual, sigue un delicado programa social y cultural, regulado cognoscitivamente y determinado en gran manera por lo contextual.

Cabe destacar que en el marco de la interacción oral los hablantes construyen los textos con base a una actividad compartida. En la conversación cotidiana los interlocutores utilizan una serie de recursos lingüísticos y cognoscitivos que le permiten crear un acto de habla en el cual se logran, a pesar de la espontaneidad, objetivos predeterminados, para lo cual es necesaria la planificación, proceso que permite organizar, revisar y decidir qué, cuándo, cómo y con quién hablar.

De acuerdo con Brauner y Merel (2006), la conversación es un proceso básico de intercambio social y de construcción lingüística entre dos o más personas; y tiene al menos dos objetivos. El primero bastante obvio, está dirigido a transmitir información o contenido. El segundo, más difícil de apreciar, lleva a los interlocutores a establecer una relación de acuerdo mutuo, con base a la cual se construye la comprensión. Por ello toda conversación exitosa comienza con un proceso de colaboración, en el cual todos los participantes trabajan juntos de manera que se cree la comprensión y el sentido

Domínguez (2005) expresa que la planificación como actividad cognoscitiva es necesaria; este proceso puede darse de manera previa o simultánea a la producción. Esta autora afirma que sólo a través de un plan de producción textual podemos “concebir un texto que logre adecuarse a la situación comunicativa en la cual se inserta” (2005: 64). Pero así como los interlocutores precisan de tiempo para planificar, ameritan de tiempo para comprender o procesar los mensajes. “En función de la comprensión, de la intercomprensión, que se fragmenta la información: para presentar la información una por una” (2005: 64).

En el proceso de intercambio que los interlocutores crean con base a la conversación pueden manifestarse diferentes órdenes del

discurso. Quizás uno de los más empleados es la narración, pues la misma “es una forma discursiva que representa y transmite la experiencia humana” (Shiro 2007)

La narración según Sánchez (1993), es uno de los tipos de textos más comunes de encontrar en la vida cotidiana del ser humano; pareciera un hecho recurrente en la comunicación entre individuos, pues quizás cada acontecimiento sugiere ser contado de alguna manera por alguien para transmitirlo. Es así como el mencionar lo realizado durante el día, comentar cómo sucedió un accidente o cualquier otro evento, se convierte en la presentación de un texto narrativo. La frecuencia y relevancia de la actividad narrativa en el seno de la sociedad nos permite afirmar que la narración constituye un modo casi natural que el ser humano ha encontrado y ha utilizado para establecer contacto con sus semejantes (Barrera Linares 2004).

### ***3. Relato de vida o construcción autobiográfica***

El hecho narrativo contiene diversos elementos necesarios para alcanzar su objetivo, como lo es el establecimiento de una acción dramática formada por diferentes sucesos que se entrelazan por una relación causal, la presencia de personajes, el contexto en el que se desenvuelven las acciones y la actividad de un narrador que cuenta la historia. Estos elementos no se encuentran de forma aislada en el relato, mantienen un orden que va determinado por la estructura de la narración, que generalmente se distribuye en una parte *inicial*, en la que se describe el contexto y se presentan los personajes; un *desarrollo*, en el que surge realmente la narración de los acontecimientos y en el cual se presentan los nudos o conflictos que causan la emoción del espectador y sigue con el desenlace o solución del inconveniente, esto da paso al último elemento, el *cierre* que concluye la historia.

La secuencia narrativa también se puede definir según Adam (1992, apud. Calsamiglia y Tusón 1999) a través de unos constituyentes básicos: la temporalidad que equivale a la secuencia o sucesión de acontecimientos en un tiempo que transcurre y avanza. Luego, la unidad temática la que se muestra por la presencia de un sujeto o actor que puede ser animado o inanimado, individual o colectivo, agente o paciente. A continuación se

evidencia la transformación, en el cual los estados o predicados cambian, como podría ocurrir de un estado de tristeza a alegría o de desgracia a felicidad. Para continuar, incorpora la unidad de acción en la cual se presenta un proceso integrador, donde a partir de una situación inicial se llega a una situación final a través de la transformación. Por último, enuncia la causalidad en la que se muestra la intriga, que se crea a través de relaciones causales entre acontecimientos.

Esta distribución de la narración constituye uno de los esquemas más utilizados por muchos lingüistas. Equivale a una forma de observar las historias narrativas en la cual se incorporan cada uno de los aspectos para garantizar una narración completa y eficiente, en la que el lector o receptor puede captar los elementos necesarios para la comprensión de la historia, a través de la estructura y de la presencia de los componentes básicos de la narración.

Otros aspectos relevantes dentro del proceso narrativo mencionados por Calsamiglia y Tusón (1999) es el de la progresión temática y el personaje narrador de la historia. Destacando en el primero el de tipo lineal y el de tema constante, ya que en la narración es importante asegurar la unidad temática y hacer progresar la acción con nuevos elementos y describir de manera detallada todo lo que se considere necesario. En cuanto al narrador de la historia se menciona que es un elemento de gran importancia, ya que es lo que muestra el punto de vista desde el cual se cuenta la historia. El relato puede estar narrado en primera persona o en tercera persona, se puede contar desde adentro del relato por alguno de los actores o desde afuera, lo que da una visión subjetiva o más objetiva de la situación.

Atendiendo el proceso de organización de la experiencia en forma discursiva pueden describirse tres géneros narrativos: guiones, relatos de vida y de ficción (Shiro 2007). Los relatos de vida o narraciones de experiencia personal, objeto de estudio del presente trabajo, “son producciones narrativas de experiencias pasadas que el narrador selecciona (voluntariamente) para compartir con la audiencia” (2007: 129). Puede afirmarse que en este caso, los acontecimientos narrados remiten a una experiencia personal acaecida en el pasado y que al ser narrada, convierte en narrador al protagonista del relato.

El relato de vida emerge como un medio para construir la interacción social, dar cuenta de quién soy y cuáles han sido los hechos que han marcado mi biografía; en definitiva, este tipo de narración debe ser considerado como parte imprescindible del discurso cotidiano que desplegamos cotidianamente en diferentes contextos. Pero además, es necesario considerar que la narración tiene como fin presentar una información a otro, quien participa activamente en la construcción narrativa a través de diferentes vías: asintiendo, preguntando, completando información o parafraseando. En otras palabras, quien narra lo hace para alguien que a su vez puede convertirse en co-constructor de ese discurso. Esto sucede en los actos reales de habla, en esas conversaciones desarrolladas en el parque, en el hogar, en el café, en la calle, contextos diarios y verdaderos de actuación lingüística.

#### ***4. La narración en la persona con queja de memoria***

Diversos autores apoyan la tesis de que a pesar del paso del tiempo, la capacidad de narrar es una posibilidad discursiva que tiende a mantenerse en el anciano (Kemper 1986, Tun 1989, Obler 1991). Sin embargo, los efectos del envejecimiento pueden producir un efecto negativo sobre el recuerdo de la información y en la elaboración del discurso coherentemente estructurado (Juncos Rabadán 1998)

La información que poseemos de cómo se manifiesta el acto de narrar los relatos de vida de adultos mayores en este tipo de escenarios nos señala que esta capacidad sí se conserva en los ancianos, aunque sus historias presenten una forma más simple y menor contenido (Juncos Rabadán 1998). Por otra parte, los resultados de algunas investigaciones (Obler 1991; Tubero 1999; MacKay 2007) confirman que al envejecer la capacidad para narrar se verá afectada en lo cuantitativo y en lo cualitativo por las alteraciones en diferentes funciones tales como la atención, concentración y memoria, lo que provoca fallas en el uso de los pronombres y en la recuperación o recuerdo de algunos eventos.

Estas fallas terminan produciendo limitaciones en la capacidad para procesar el discurso narrativo. De acuerdo con Juncos Rabadán y Pereiro (1998) las alteraciones pueden deberse a variaciones en las funciones ejecutivas, a fallas en la inhibición de

la información relevante, al enlentecimiento de la velocidad para procesar los datos y a dificultades para coordinar las tareas, lo que puede interferir en la manera como el adulto mayor construye su discurso narrativo, especialmente en el contexto de la conversación. Más aún en el caso de presentar queja de memoria o un trastorno cognoscitivo leve, el cual se refiere a las limitaciones que se manifiestan en los individuos que tienen un impedimento cognoscitivo evidente, pero que aún no han desarrollado una demencia (Petersen 2004).

En la investigación realizada por Wittig (2004) se encontró que dichas alteraciones se relacionan con indicadores cognitivos de los adultos y además, señalan una incidencia del nivel educacional en la estructura de las narraciones. De allí que el referido autor concluya que “*los problemas en la construcción del relato no se deberían a un déficit lingüístico, sino a interferencias cognitivas que impiden a los sujetos trasladar satisfactoriamente la representación mental al plano del texto*” (2004: 91).

Pero la forma como narramos o interactuamos verbalmente no sólo se ve afectada por lo cognoscitivo; es necesario tomar en cuenta otras variables como por ejemplo lo social, pues el contexto es una construcción compleja, dinámica y cambiante, en la cual influyen las creencias de los interlocutores, la propia situación temporal, la motivación para compartir información y las experiencias previas. Todo esto nos hace suponer que al narrar, como en cualquier otra situación discursiva, los hablantes se apoyen en diferentes recursos y terminen elaborando un texto que emerge como la manifestación de diversos recursos individuales y grupales, que en última instancia le dan al mismo la coherencia necesaria.

Con el fin de analizar lo que sucede en el proceso conversacional Sacks y otros (1974) insisten en separar los términos *conversación* y *actividad conversacional*, de manera que la primera se asume como una unidad global o máxima de la segunda. El análisis conversacional se interesa por el estudio de los actos reales de habla que se suceden en los contextos de vida de los autores, y a pesar de que desde su nacimiento los investigadores han rechazado las construcciones teóricas rígidas que definan de antemano topologías, categorías o unidades a ser halladas en un corpus, se pueden definir una serie de aspectos en

los cuales centrar el análisis, como por ejemplo: el sistema de toma de turno, los pares adyacentes, las secuencias o las reparaciones conversacionales.

Las reparaciones conversacionales se refieren a los esfuerzos del interlocutor para corregir y resolver problemas en la comprensión o en la captación auditiva de un mensaje (Hamilton 1994). Este es un proceso que se manifiesta de forma compleja y variada, de manera que las rectificaciones pueden ser clasificadas en:

- a) *Auto-iniciadas* por el hablante causante del error, en contraposición a *hetero-iniciadas*, iniciadas por el interlocutor que percibe el error;
- b) *Auto-reparación*, cuando el error es realmente enmendado por el hablante causante del mismo, o *hetero-reparación* cuando es llevada a cabo por el interlocutor (Schegloff y otros, 1977).

Sabat (2001) define el término *reparación indirecta* como el recurso que utiliza el interlocutor (sano) de la persona con demencia tipo Alzheimer al precisar solicitar información para poder definir o conocer mejor las intenciones del paciente (Sabat 2001). Esto lo logra a través de marcadores discursivos (*um-hum, uh*) o parafraseando lo que él cree que quiere decir el paciente, para poder chequear de esta manera si está comprendiendo el mensaje.

En la conversación cara a cara los hablantes utilizan según Domínguez (2005) variaciones en la entonación y en la acentuación discursiva con valor enfático y además, marcadores de apelación directa al interlocutor (*¿mm?*); referencias a elementos presentes en la situación actual mediante gestos (uso del dedo índice, de la expresión facial) y deícticos del tipo: *aquí...allí...*, que permiten elidir segmentos lingüísticos completos.

Gallardo (2007) expone que para alcanzar la organización global y local de la conversación los hablantes definen secuencias; las más estudiadas son las de historia, de concordancia, de inserción, de apertura, de cierre y las laterales. Las secuencias laterales suponen una interrupción temática momentánea más o menos brusca, luego de la cual se reinicia la conversación. Este mecanismo de búsqueda o control del hilo conversacional se

construye con base a las secuencias de malentendido y de rectificación. Las primeras se encargan de clarificar un aspecto que, como oyentes, no hemos entendido bien y las segundas son utilizadas para aclarar nuestro propio discurso (Schegloff y otros 1977); es decir son utilizadas por el hablante que se ha equivocado, por lo que asumimos que las mismas cumplen similar propósito que las autoreparaciones-autoiniciadas, arriba mencionadas.

### **5. Diseño de la investigación**

Como se señaló *supra*, el objetivo del presente estudio fue analizar cómo la construcción del texto narrativo por parte de una adulta mayor se ve interferida por las fallas en recordar determinados eventos, por las dificultades en seleccionar palabras u organizar los hechos atendiendo el orden cronológico. En concreto, se buscó indagar sobre el rol del interlocutor joven en el proceso de construcción compartida de la narración y analizar el uso de las reparaciones conversacionales (RC) por parte de ambos interlocutores.

De acuerdo a la naturaleza de la investigación se desarrolló un estudio de carácter cualitativo orientado a describir la actividad lingüística durante la elaboración de un texto narrativo construido entre una adulta mayor de 82 años (la informante clave), con queja de memoria, y tres adultos jóvenes (interlocutores). Para ello se diseñó un instrumento de recolección de datos (Anexo 1) y se procedió a realizar una filmación en el hogar de la informante ubicado en la ciudad de Caracas, quien para el momento de la actividad mantenía control médico (farmacológico) por hipertensión y problemas osteoarticulares.

Se propició una conversación libre en la que narró la historia de su vida (relato de vida, Shiro 2007) a la investigadora. Esto facilitó un intercambio comunicativo de gran riqueza textual y de extensión considerable (20 minutos), que se detonó al formularse la pregunta *¿cuándo llegó usted a Venezuela?*. Se destaca en el referido evento la participación del asistente de la investigación y de la hija de la informante, quienes contribuyeron a hacer de la conversación un acto más ameno. Posteriormente, se seleccionaron segmentos narrativos para ser analizados e identificar es éstos el

uso de las RC y su relación con la coherencia y la cohesión del texto.

## 6. Resultados encontrados

En este relato de vida se identificaron ocho reparaciones conversacionales (RC), de las cuales tres fueron auto-reparaciones, tres hétéro-reparaciones y dos reparaciones indirectas. La informante fue quien realizó más reparaciones con un total de cuatro (3 auto-reparaciones y una hetero-reparación). Además, es oportuno resaltar que ella no solo usó RC (mecanismo discursivo de la oralidad) sino además se apoyó en el transcurso de su relato en gestos que reiteradamente pretendían suplir las omisiones que resultaban de no poder dar con la palabra necesaria. Los interlocutores emplearon menos reparaciones, éstas se concentraron en solicitar aclaración (reparaciones indirectas) o en hetero-reparar. En el siguiente cuadro se podrán apreciar el total de las RC encontradas, discriminadas por tipo y usuario.

Cuadro No. 1 Reparaciones conversacionales encontradas

Hablante	Auto-reparación	Hetero-reparación	Reparación indirecta
Informante	3	1	-
Interlocutor 1	-	1	2
Interlocutor 3	-	1	-

A continuación se muestran algunos de los segmentos correspondientes al relato de vida referenciado de acuerdo a distintos eventos:

Evento 1. Informante clave. Auto-reparación auto-iniciada:

Nº 1

Inf.: Yo iba al mercado con 50 pesetas...50 mil bolívares al mercado

Nº 2

Inf.: Es frío, pero no es húmedo es focoso, es vulca.... (APARECE UN GESTO BIMANUAL CON MANOS ABIERTAS MOVIÉNDOSE DE LADO A LADO) focoso



*Henry Rumbos y Beatriz Valles. Textos narrativos en el adulto con  
queja de memoria*

Evento 2. Informante clave. Auto-reparación auto-iniciada:

Inf.: Llegamos hasta Madrid, porque fuimos de aquí (INDEX MANO  
DERECHA SE MUEVE EN CONTRA LATERAL ASCENDENTE)  
ahh to puess con... (GESTO DE ESCRIBIR) Indicando ahí al  
doctor que estaba enfermo

Evento 3. Informante clave. Hetero-reparaciones hétero-  
iniciada:

Inf.: y me rechazaron por eso...  
Interloc. 2: ...por manos cortas..  
Inf.: ¡por brazos cortos!

Evento 4. Interlocutor 1 (investigadora). Hetero-reparación  
hétero-iniciada:

Inf Clave.: cuando llegamos a Madrid el catedrático dijo que él no  
estaba de acuerdo con elll...  
Interloc. 1: con el diagnóstico  
Inf Clave.: con el diagnóstico y bueno...le cambió la medicación

Evento 5. Interlocutor 3 (hija). Hetero-reparación hétero-  
iniciada

Inf.: Es Vencemos  
Interloc 3: Cemex  
Inf.: Cemex

Evento 6. Interlocutor1 (investigadora). Reparación Indirecta .  
Interloc 1 (investigadora):

Esta interlocutora utilizó una pregunta dirigida a solicitar  
aclaración sobre el momento preciso en el que había ocurrido el  
hecho narrado.

Ej.: pero a ver... usted regresó en el 62 ¿verdad?

## **6. Análisis de los datos**

La informante utilizó auto-reparaciones y hetero-reparaciones destinadas a solventar el olvido de alguna palabra o a corregir a uno de sus interlocutores. Esto nos permite suponer que ella no sólo aún conserva la superestructura del texto narrativo, sino que busca recursos para solventar las quejas de memoria. Esto se evidenció cuando fue capaz de iniciar, mantener y cerrar el tópico a pesar de manifestar fallas en la selección de palabras y en el ordenamiento o secuencia de los hechos.

El uso de gestos bandera, como el de escribir o el que indica moverse de un sitio a otro, fue un recurso importante en la elaboración del relato de vida de la informante. Estos apoyos se dirigieron a acompañar el significado global del discurso y a compensar las fallas en el acceso léxico de algunos significantes. Lo que confirma los datos sobre el empleo de la gestualidad aportados por Gallardo (2007), quien considera que este tipo de recurso es un elemento fundamental en la conversación de hablantes con dificultades.

Las limitaciones que se muestran en la narración elaborada por esta informante con queja de memoria, fueron compensadas por sus interlocutores jóvenes al hetero-reparar con el fin de situar los hechos en la línea cronológica y poder mantener el orden del relato de vida. Uno de los recursos más usados, tanto por la informante clave como por los interlocutores, fueron los marcadores interaccionales cuya función principal se orientó a mostrar comprensión e interés en la co-construcción del relato.

Un hecho importante de resaltar es que durante la conversación los interlocutores, especialmente la hija de la informante, adicionaron eventos con el fin de completar la historia, pues se evidenció que en algunos segmentos faltaba información, la cual era conocida por ella. Esto podría relacionarse con la actividad social que se da a través de las narraciones, hecho que no siempre implica compartir información absolutamente novedosa, sino que reviste una oportunidad para interactuar y disfrutar del relato que elabora una persona mayor.

## **7. Conclusiones**

Es necesario destacar que el análisis de la conversación del adulto mayor debe necesariamente tomar en cuenta la actividad de sus interlocutores, especialmente de los más jóvenes. Para este tipo de estudio, los aportes de la lingüística clínica pueden ser una herramienta valiosa que ayude a comprender cómo en el intercambio comunicativo el adulto mayor, aun con queja de memoria, puede evidenciar una ejecución lingüística que le permite transmitir efectivamente la información.

Los recursos empleados para alcanzar este fin son diversos; en este caso, la adulta mayor del presente estudio empleó una serie de gestos, algunos de ellos considerados como bandera. De esta manera, la gestualidad en las personas con queja de memoria debe ser considerada en el estudio de la conversación, tanto desde una perspectiva cuantitativa, relacionada con la frecuencia en el empleo de los mismos, como cualitativa, dirigida al análisis del objetivo en su uso.

El uso de las RC ayudó a dar mejor coherencia (cerrar las frases o estructurar la oración) y mayor cohesión al texto narrativo (recuperar información, hacer aclaratorias). Se hace necesario desarrollar otras investigaciones donde el tipo de texto sea otro, por ejemplo el argumentativo, a fin de verificar si este tipo de recurso conversacional apoya o no la construcción discursiva.

Los aportes de este estudio pueden servir para profundizar los conocimientos actuales acerca de la actuación lingüística del adulto mayor y sustentar evaluaciones más éticas a las personas adultas mayores con queja de memoria o con cualquier tipo de demencia, especialmente en las etapas iniciales.

## **8. Referencias**

- Asamblea Nacional de la Republica Bolivariana de Venezuela. *Ley Orgánica de los Derechos de las Personas Mayores* N° de Expediente 012 de fecha 21 de Septiembre de 2000.
- Barrera Linares, L. (2004). *Discurso y Literatura*, Caracas: Los Libros de El Nacional.
- Beers, M. (2005): *The Merck Manual of Health and Aging*, Ballantine Books: New York.

*Henry Rumbos y Beatriz Valles. Textos narrativos en el adulto con  
queja de memoria*

- Bolívar, A. (2007): "Los primeros problemas del analista", en Adriana Bolívar (Ed.): *Análisis del discurso ¿Por qué y para qué?*, Caracas: Los Libros de El Nacional.
- Brauner, D y Merel, S. (2006): "How a model base on linguistic theory can improve the assessment of decision-making for persons with dementia", *The Journal of Clinical Ethics*, 17(2), 139-148.
- Cabeza, J y Molero de Cabeza, L. (2007): "El enfoque semántico-pragmático en el análisis del discurso: teoría, método y práctica", en Adriana Bolívar (Ed.): *Análisis del discurso ¿Por qué y para qué?*, Caracas: Los Libros de El Nacional.
- Calsamiglia, H y Tusón, A. (1999): *Las cosas del decir*, Barcelona: Ariel.
- Coupland, N; Coupland, J y Giles, H. (1991): *Language, Society and the Elderly*, Blackwell.
- Domínguez, CL. (2005): *Sintaxis de la lengua oral*, Mérida/ Venezuela: Universidad de Los Andes.
- Gallardo, B. (2007): *Pragmática para Logopedas*, Cádiz: Publicaciones de la Universidad de Cádiz.
- Hamilton H.E.(1994): *Conversations with an Alzheimer's Patient: An interactional Sociolinguistic Study*, Cambridge (UK): University Press.
- Hamilton H.E. (1996): "Consideraciones éticas sobre la aplicación de la lingüística en contextos clínicos: el caso patología del habla-lenguaje", *Lengua y Habla* 1.1; 51-65.
- Hudson, J y Shapiro, L. (1991): "From knowing to telling: The development of children's scripts, stories and personal narrative", en A. McCabe y C. Petersen (eds.): *Developing Narrative Structure*, Hillsdale, NJ.: Lawrence Erlbaum Associates, 89-136.
- Juncos Rabadán, O. (1998): *Lenguaje y envejecimiento: Bases para la intervención*, Barcelona: Masson.
- Juncos Rabadán, O. y Pereiro A. (1998): "Lenguaje narrativo", en O. Juncos (ed.): *Lenguaje y envejecimiento: Bases para la intervención*, Barcelona: Masson, 47-72.
- Kemper, S. (1986): "Imitation of Complex Syntactic Constructions by Elderly Adults", *Applied Psycholinguistics*, 12, 433-452.
- MacKay, A. P. (2007): *Afásias e Demências. Avaliação e Tratamento Fonoaudiológico*. Santos/Brasil: Livraria Editora.
- Obler, L. (1991): "Auditory Comprehension and Aging: Decline in Syntactic Processing", *Applied Psycholinguistics* 7(3), 277-289.
- Petersen R.C. (2004): "Mild cognitive impairment as a diagnostic entity", *Journal of Internal Medicine* 256; 183-194.
- Sabat, S. (2001): *The Experience of Alzheimer's Disease. Life through a Tangled Veil*, Massachusetts: Blackwell.
- Sánchez Y. (1993): *Coherencia y Órdenes Discursivos*, Caracas: Letras Nº 50. CILLAB.

*Henry Rumbos y Beatriz Valles. Textos narrativos en el adulto con  
queja de memoria*

- Sacks, H, Schegloff, E y Jefferson, G. (1974): "A symplest systematics for the organization of turn-taking in conversation" *Language*, 50 (4), 696-735.
- Sacks, H.; Schegloff, E. y Jefferson, G. (1977): "The preference for self-correction in the organization of repair in conversation", *Language* 53(2), 360-382.
- Schiffirin, D. (1999): "'Oh' as a marker of information management", en A. Jaworski y N. Coupland (Eds.): *The discourse Reader*, London: Routledge. 2002.
- Shiro, M. (2007): "El discurso narrativo oral en la vida cotidiana: géneros y procesos", en A. Bolívar (Ed.): *Análisis del discurso ¿Por qué y para qué?*, Caracas: Los Libros de El Nacional.
- Tubero, A. L. (1999): "A linguagem do envelhecer: Saúde e Doença", *Distúrbios da Comunicação* 10:2, 54-70.
- Tun, P. (1989): "Age differences in processing Expository and Narrative Text", *Journal of Gerontology*, 44, 1/1, 9-15.
- Van Dijk T. (1999): *Discourse as Structure and Process*, London: SAGE Publications.
- Wittig, F. (2004): "Estructura narrativa en el discurso oral de adultos mayores", *Revista Signos* 37(56), 91-101.

*Henry Rumbos y Beatriz Valles. Textos narrativos en el adulto con queja de memoria*

ANEXO 1

Reparaciones conversacionales

Descripción de la situación:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Informante	Evento	Tipo de reparación	Función de la reparación	Comentarios

*Henry Rumbos y Beatriz Valles. Textos narrativos en el adulto con queja de memoria*

Interlocutor clave 1	Evento	Tipo de reparación	Función de la reparación	Comentarios

Interlocutor clave 2	Evento	Tipo de reparación	Función de la reparación	Comentarios





## ***Alteraciones de la comunicación en la enfermedad de Parkinson***

*M<sup>a</sup> Isabel Vilariño Vilariño*  
*Profesora Titular de Medicina – Universidad de La Coruña*

### ***1. Introducción***

La enfermedad de Parkinson (EP) es un proceso degenerativo y progresivo del sistema nervioso extrapiramidal, cuya principal característica es la muerte progresiva de neuronas en una parte del cerebro denominada *sustancia negra*. La consecuencia más importante de esta pérdida neuronal es una marcada disminución en la disponibilidad cerebral de dopamina, principal sustancia sintetizada por estas neuronas, originándose una disfunción en la regulación de las principales estructuras cerebrales implicadas en el control del movimiento.

La edad media de comienzo está entre los 50 y 80 años, y afecta aproximadamente al 1% de las personas mayores de 50 años. No se conoce la causa. En la actualidad se puede resumir que la EP no tiene una causa única, existiendo:

- casos familiares con anomalías genéticas conocidas,
- otros casos en los que una conjunción de factores genéticos y ambientales serían los responsables de la muerte neuronal,
- raras ocasiones en las que se asocia a infecciones neurotrópicas virales o a tóxicos, como el manganeso o derivados de la heroína.

La EP tiene un comienzo insidioso y sus características son: temblor, bradicinesia, rigidez y alteración de los movimientos posturales, aunque pueden aparecer otros síntomas a lo largo de la enfermedad como son: alteraciones de los reflejos posturales, trastornos cognitivos y neuropsiquiátricos (deterioro cognitivo y

*M. Isabel Vilariño: Alteraciones de la comunicación en la  
Enfermedad de Parkinson*

demencia, ansiedad, depresión, alucinaciones, ataques de pánico, psicosis), trastornos del sueño, del habla, de la deglución, trastornos sensoriales (síndrome de las piernas inquietas, neuropatía periférica), alteraciones autonómicas (estreñimiento, alteraciones genitourinarias, hipotensión ortostática, alteraciones de la termorregulación, olfato y sudor, dolor, seborrea, blefaritis).

El diagnóstico es clínico (existencia al menos de dos de los cuatro síntomas del síndrome parkinsoniano y ausencia de datos incompatibles con su diagnóstico), y las pruebas complementarias estarían indicadas para descartar parkinsonismos secundarios o complicaciones a largo plazo de la enfermedad.

Los trastornos del habla son raros en el inicio de la EP, pero pueden aparecer posteriormente en el curso de la enfermedad. Más o menos la mitad de los pacientes con EP presenta problemas del habla y la voz; por lo general son leves, aunque ocasionalmente pueden ser graves. Así como los movimientos automáticos están afectados en la EP, otros movimientos automáticos como la articulación de la palabra y la deglución también se afectan.

Las limitaciones de la comunicación producidas por la EP, comprenden alteraciones en todos los sistemas de señales, pero es el lenguaje hablado el que sufre mayor limitación. Las alteraciones de la comunicación en esta enfermedad se clasifican en:

- alteraciones de la fonación, que incluyen la disminución del volumen espiratorio, con la consecuente afectación de la intensidad y la vocalización (hipofonía);
- alteraciones de la resonancia por dificultades en la movilidad velo-palatina;
- alteraciones de la prosodia y la articulación (disartria).

Se correlacionan todas estas alteraciones con la intensidad de la enfermedad y, por tanto, son secundarias al grado de hipocinesia y rigidez del paciente. La voz puede ser normal al inicio de una frase, pero luego tiende a hacerse muy suave y a diluirse; se pierde la entonación, lo cual produce una voz monótona. Algunas personas tienen propensión a hablar muy rápidamente, por lo que se hace difícil entenderlas. En otras ocasiones, la palabra se articula con dificultad (como si el hablante tuviera algo en la boca). Raramente esta dificultad puede presentarse como

tartamudeo, que algunas veces se asocia a los momentos de la toma de levodopa (tratamiento farmacológico de la EP).

El conjunto de estas alteraciones provoca un lenguaje hipofónico, monótono, farfullante y atropellado, que se convierte en inteligible en los estadios avanzados de la enfermedad; más del 70% de los pacientes parkinsonianos sufren de estas afectaciones. La hipofonía y el lenguaje monótono y la escritura mejoran con la estimulación dopaminérgica, pero normalmente los trastornos de la prosodia y la articulación se tornan refractarios.

Con el avance de la enfermedad, los nuevos abordajes quirúrgicos tampoco lo modifican favorablemente e incluso lo empeoran, sobre todo en las lesiones bilaterales del tálamo y del pálido. En la medida en que el desarrollo de nuevos fármacos y nuevas técnicas quirúrgicas incrementan la expectativa de vida y, por tanto, el tiempo de evolución de la enfermedad en estos pacientes, un abordaje racional de estas alteraciones en los estadios avanzados puede combinar técnicas dirigidas a incrementar las capacidades y volúmenes respiratorios, mejorar la movilidad del aparato fonoarticulatorio, y adecuar los períodos de emisión.

Utilizando técnicas de concienciación del control motor y combinando la rehabilitación logopédica se puede obtener una mejor recuperación. La terapia consiste en el ajuste de la medicación y en el tratamiento logopédico.

## ***2. Características de la comunicación en la EP***

Durante la evolución de la enfermedad de Parkinson puede aparecer hipomimia o pérdida de la expresión facial; se produce como consecuencia de la rigidez muscular y la bradicinesia propias de la enfermedad, que afectan a los músculos faciales, principalmente al músculo frontal, a los maseteros, mentoniano, labios y músculo orbicular, dando lugar a errores de interpretación por parte del interlocutor. También se produce una reducción de los movimientos de la musculatura encargada de controlar la fonación (voz), la articulación (pronunciación) y la prosodia (ritmo, entonación,...), entre otras.

A lo largo de la enfermedad se pueden presentar una serie de alteraciones en la voz y el habla tales como:

- Bajo volumen de voz (hipofonía).
- Disminución del tono vocal (la voz se vuelve muy ronca).
- Voz monótona (pierde musicalidad y entonación).
- Cambios en la calidad de la voz (débil, apagada, ronca, temblorosa y/o intermitente).
- Vacilación inesperada antes de hablar (silencios inadecuados, titubeo y/o temblor sin llegar a hablar).
- Dificultades de pronunciación (puede quedar reducida a un farfalleo o murmullo que afecta a la comprensión del habla).
- Aumento de la velocidad en el habla (se producen omisiones o cambios de sonidos y sílabas).

### **2.1. Disartria hipocinética**

La enfermedad de Parkinson se caracteriza por presentar disartria hipocinética, que es una alteración de la expresión verbal causada por una modificación en el control muscular de los mecanismos motores del habla. Es un habla lenta, débil y monótona. *Se produce como consecuencia de las disfunciones motoras que afectan a la respiración, fonación, resonancia, articulación y prosodia.* El grado de alteración de cada componente varía de un paciente a otro, aun encontrándose en el mismo estadio de afectación. La alteración del habla es independiente de la progresión de la enfermedad, aunque en términos generales, las alteraciones de la comunicación tienden a agravarse con la evolución de la enfermedad.

#### *2.1.1. Alteraciones en la función respiratoria*

El aparato respiratorio es esencial en la producción de la voz, sin una corriente aérea suficiente no se pueden emitir sonidos. La rigidez muscular de la pared torácica que se produce en la EP, la bradicinesia, la descoordinación de los movimientos ventilatorios y la típica postura en flexión del tronco, son los causantes de que la respiración sea superficial y poco funcional; como consecuencia, se observa una disminución de la capacidad vital y

una deficiente dosificación del aire durante el habla. Esta disfunción también afecta al mecanismo de la tos, comprometiendo la seguridad del paciente ante un probable atragantamiento.

### *2.1.2. La voz hipotónica y la disfonía hipocinética*

Debido a la afectación de la función respiratoria, la presión subglótica resulta insuficiente y la intensidad vocal suele estar reducida (voz hipotónica). En estadios más avanzados, la voz puede volverse completamente inaudible, dificultando la comunicación y llegando a frustrar al paciente.

La disfonía hipocinética es la consecuencia de la rigidez muscular de los pliegues vocales, que pierden elasticidad y disminuyen su capacidad de tensión, presentando una aducción incompleta con escape de aire. Asimismo, muestran dificultades para variar la frecuencia e intensidad al hablar percibiéndose la voz como monótona.

La voz parkinsoniana se caracteriza por ser débil, ronca, monótona, temblorosa y aérea en sus primeras fases, mientras que en fases posteriores puede llegar a la afonía total.

### *2.1.3. Alteraciones de la articulación (disartria)*

Las alteraciones en la articulación son también importantes. No existe un solo patrón de alteraciones articulatorias, aparece como factor común la falta de agilidad, precisión, fuerza y extensión en los movimientos de los órganos que intervienen en la articulación del habla (labio, lengua, mandíbula, velo del paladar), produciendo una articulación rápida, atropellada e imprecisa.

Los síntomas motores más importantes de los órganos articulatorios del habla son:

- La rigidez, bradicinesia e incoordinación muscular comprometen la extensión del músculo orbicular de los labios siendo su movimiento lento y asimétrico.
- El movimiento del maxilar inferior es de extensión reducida, lento y en ocasiones aparece temblor mandibular de reposo.

*M. Isabel Vilariño: Alteraciones de la comunicación en la  
Enfermedad de Parkinson*

- Existe limitación en la extensión y velocidad del movimiento de la lengua debido a la rigidez y bradicinesia, pudiendo estar presente el temblor de reposo.

Estas alteraciones musculares producen la omisión de sonidos e incluso la omisión de palabras al final de la oración que se hacen inteligibles e imperceptibles dando la sensación de que hablan arrastrando sílabas, palabras e incluso frases enteras dando lugar a un habla farfalleante. La articulación de los sonidos labiales y linguales está empobrecida, y la dislalia más frecuente es el rotacismo, así como la imprecisión articulatoria de los grupos consonánticos o sinfonos [br, pr, tr, dr, gr, cr, fr, bl, pl, gl, cl, fl].

#### *2.1.4. Alteraciones de la resonancia*

Son menos frecuentes que las alteraciones citadas anteriormente; en casos aislados puede presentarse hipernasalidad. Se produce por incompetencia en la contracción y elevación eficaz del velo del paladar, que al no cerrar completamente la rinofaringe, permite escape de aire hacia las fosas nasales en los sonidos orales a la vez que también produce alteraciones en la deglución.

#### *2.1.5. Alteraciones de la prosodia (disprosodia)*

Se refieren a la melodía del lenguaje, combinando entonación, acentuación, ritmo del habla y duración de los sonidos, y las pausas. Se caracteriza por ser un habla monótona, carente de las inflexiones características de la curva melódica.

El ritmo del habla es variable, pasando de un ritmo muy lento (bradilalia) a un ritmo excesivamente rápido que suele coincidir con el final de la frase, por intentar pronunciar las palabras antes de agotar todo el aire. Es habitual la falta de habilidad para mover rápidamente los órganos articulatorios entre dos puntos alternos, y la alternancia de sílabas durante una repetición rápida (habilidad diadococinética), bloqueándose con frecuencia y repitiendo la sílaba anterior. Puede presentar una repetición incontrolada de sílabas (inicio de palabra) e incluso de palabras (palilalia) que se asemejan al tartamudeo. Algunos pacientes suelen prescindir de las pausas entre palabras sustituyéndolas por “balbuceos” de baja

intensidad, dando la impresión al oyente de un habla ininterrumpida.

La suma de todas estas alteraciones como la voz débil, ronca, la imprecisión articulatoria y la alteración del ritmo del habla dan lugar en algunos pacientes a un habla ininteligible.

## **2.2. Alteraciones del lenguaje escrito (disgrafía)**

La alteración de la escritura puede ser uno de los primeros síntomas de la enfermedad de Parkinson. Se debe principalmente al temblor de reposo y a la rigidez muscular que afecta a la articulación de la muñeca, así como a la alteración de la coordinación motora que afecta a la motricidad fina y, en estadios más avanzados de la enfermedad, a los posibles déficits cognitivos (incluidos los visuoespaciales).

La letra tiende a ser excesivamente pequeña (micrografía), aunque al comienzo de la palabra o de la frase suele ser normal y va disminuyendo progresivamente el tamaño de los grafemas hasta ser totalmente ilegible. No solo el tamaño está afectado, sino también la forma de sus caracteres que son irregulares y temblorosos.

Si coexisten déficits cognitivos, pueden aparecer omisiones de letras, palabras o añadir letras o palabras a la oración. El grado de alteración en la escritura puede variar dependiendo de la medicación, el estado emocional, la fatiga, e incluso del momento del día en que se realice la exploración.

## **3.. Evaluación de las alteraciones de la comunicación**

Es importante, antes de comenzar el tratamiento logopédico, realizar una evaluación exhaustiva de todos los procesos que intervienen en la comunicación y que pueden estar alterados en la EP; y dado que la enfermedad es degenerativa, deben hacerse evaluaciones periódicas (trimestralmente), a fin de detectar nueva sintomatología o hacer un seguimiento de la ya presente, para de esta forma poder ajustar la rehabilitación al estado del paciente.

*M. Isabel Vilariño: Alteraciones de la comunicación en la  
Enfermedad de Parkinson*

No existe un protocolo estandarizado y validado de la exploración logopédica en EP, pero se considera que debe de incluir:

1. Fecha de la exploración
2. Datos personales
3. Anamnesis
4. Descripción de las alteraciones por el paciente y como afectan a su entorno
5. Exploración clínica:
  - 5.1. Postural
  - 5.2. Respiración
    - 5.2.1. Modo respiratorio (bucal, nasal, combinado)
    - 5.2.2. Tipo respiratorio (costo-clavicular, torácico, costo-diafragmático, invertido)
    - 5.2.3. Patrón respiratorio durante la actividad vocal (funcional, superficial, fonación sin aire, gasto de aire residual...)
    - 5.2.4. Resistencia para un habla sostenida (contar en alto hasta 25)
    - 5.2.5. Capacidad vital (L/min.). Instrumental: Espirómetro.
    - 5.2.6. Tiempo de soplo (TS /s). Instrumental: Cronómetro.
  - 5.3. Fonación
    - 5.3.1. Intensidad (normal, hipotónica audible, hipotónica inaudible, finales de oración áfonos, fluctuación, monotonía de la intensidad).
    - 5.3.2. Tono (normal, grave, agudo, monótono)
    - 5.3.3. Timbre: se puede utilizar la escala de valoración acústica de GRABS de Hirano y Arias, que valora 5 parámetros de 0 a 3 (0 = ausencia, 1 = leve, 2 = moderado, 3 = grave o severa), con los siguientes criterios: G = *Grade*: grado de disfonía; R = *Rouge*: ronquera, aspereza, impresión al oído de irregularidad en la vibración de las cuerdas vocales; A = *Astenia*: astenia, debilidad, poco alcance o intensidad; B = *Breathy*: escape de aire, defecto de cierre glótico; S = *Strain*: tensa, constreñida, apretada.
  - 5.4. Resonancia (normal, hipernasalidad, hiponasalidad)



- 5.5. Prosodia (lectura de un texto)
- 5.6. Musculatura oro-facial: se utiliza una escala de 0 a 3 para valorar la rigidez y la bradicinesia (de manera que 0 = ausencia, 1 = leve, 2 = moderada, 3 = severa o grave) y se especifica la presencia de temblor, discinesias, y habilidad diadococinética alterada. Se explorará lengua, labios, velofaringe, laringe.
- 5.7. Expresión facial (normal, hipomimia, asimetría de la mímica facial, parpadeo reducido, mirada fija e inexpresiva).
- 5.8. Diadococinesia (dificultad para repetir deprisa “pa” = 30 repeticiones, “ta” y “ka” 25 repeticiones, “pa-ta-ka” = 8 repeticiones, dificultad para repetir deprisa u-i = 20 repeticiones).
- 5.9. Articulación
  - 5.9.1. En el habla espontánea (articulación preservada, imprecisión articulatoria, dislalia – tipo, bloqueos, repeticiones).
  - 5.9.2. En la lectura de pares mínimos: ([bota-boka], [pino-fino], [pato-mato], [pera-pena],...), articulación preservada, imprecisión articulatoria, dislalia – tipo, bloqueos, repeticiones.
- 5.10. Ritmo del habla (normal, bradilalia, taquilalia, regular, irregular).
- 5.11. Fluidez del habla (en la conversación espontánea, lectura de frases, lectura de un texto, tasa de habla = palabras / minuto).
- 5.12. Eficacia comunicativa
  - 5.12.1. Comunicación eficaz.
  - 5.12.2. Mínima limitación para la comunicación.
  - 5.12.3. Limitación moderada para la comunicación.
  - 5.12.4. Limitación grave para la comunicación.
  - 5.12.5. Requiere el uso de sistemas aumentativos de comunicación.
  - 5.12.6. Uso de sistemas alternativos de comunicación.
- 5.13. Escritura (normal, micrografía, temblorosa, lenta, alteraciones de la forma, regular, irregular, legible, ilegible).
  - 5.13.1. Motricidad fina
  - 5.13.2. Muestra de escritura

Se pueden utilizar pruebas complementarias para la exploración de la voz como son el análisis acústico y la estroboscopia. Conviene también realizar pruebas de evaluación cognitiva para detectar el posible deterioro del paciente con EP, que puede condicionar el tratamiento logopédico.

#### **4. Intervención logopédica**

El tratamiento logopédico se debe orientar a minimizar (con el resto del equipo multidisciplinar) los posibles factores concomitantes que empeoran la comunicación o la deglución (postura inadecuada, mala dentición, alteraciones del estado de ánimo y conductuales, malos hábitos alimentarios o de sueño, efectos secundarios a fármacos, etc.), y optimizar las funciones dañadas (expresividad facial, intensidad de la voz, parámetros de calidad vocal, precisión articulatoria, ritmo del habla, prosodia, grafía, deglución) y/o las funciones residuales.

La finalidad es mejorar la calidad de vida de los pacientes con EP realizando un tratamiento paliativo, preventivo y de mantenimiento de las alteraciones de la comunicación y de la deglución. Dado que la enfermedad de Parkinson es una enfermedad crónica y degenerativa, se han de realizar evaluaciones periódicas (cada tres meses) ya que a medida que avanza la enfermedad, surgirán nuevas necesidades terapéuticas.

De forma general, los objetivos de la intervención logopédica son mantener los componentes del habla intactos, mejorar los deteriorados, aumentar la sensibilidad muscular, mejorar la inhibición voluntaria, atenuar las alteraciones de la voz y potenciar las facultades de atención y control consciente para conseguir mejores resultados terapéuticos.

Se deben trabajar las funciones alteradas de forma aislada y, una vez alcanzada una cierta mejoría de las mismas, se trabajaran de forma global. Los ejercicios logopédicos practicados de una forma regular producen un efecto beneficioso sobre los problemas del habla, consiguiendo una mayor inteligibilidad, una mejor dicción y una mayor capacidad para formar frases y llevar una conversación, así como una mejor capacidad para escribir.

Estos ejercicios deben realizarse diariamente, o como mínimo cuatro veces a la semana. Es recomendable que se realicen delante de un espejo con el fin de comprobar si se realizan correctamente cuando el paciente los practica en casa.

En los siguientes párrafos detallamos algunas técnicas de rehabilitación logopédica en la enfermedad de Parkinson.

#### *4.1. Técnicas para mejorar la hipomimia (movilizaciones activas y pasivas)*

*4.1.1. Ejercicios de mímica facial:* son movilizaciones activas que el paciente realiza expresando con la cara, de forma exagerada, distintas emociones como enfado, alegría, sorpresa, tristeza... Es importante que las realice delante de un espejo.

*4.1.2. Masajes faciales:* para disminuir la rigidez facial responsable de la hipomimia.

#### *4.2. Técnicas para mejorar la voz hipofónica y la disfonía hipocinética*

##### *4.2.1. Técnicas respiratorias*

- *La respiración costodiafragmática*
- *Ejercicios de control de soplo:* para conseguir una correcta dosificación aérea.
- *Ejercicios de fuerza del soplo:* para que los enfermos de Parkinson consigan una voz de llamada más potente y una tos más fuerte y eficaz, debe trabajarse la técnica del pujo abdominal.

##### *4.2.2. Técnicas fonatorias*

- *Ejercicios de coordinación fono-respiratoria*
- *Control de la intensidad vocal*
- *Control de la sonoridad*
- *Control del tono vocal*
- *Sistemas de retroalimentación visual y auditiva (sonómetro, vídeo, magnetófono):* son de gran utilidad,

pues ayudan al paciente a percibir y corregir los cambios experimentados en su voz, articulación, ritmo del habla y a desarrollar un autocontrol de su producción oral a tiempo real.

- *Relajación laríngea:* se puede realizar a través del masaje laríngeo, el bostezo, ejercicios de movilidad de cabeza y cuello, técnica de la masticación de Froeschels y la relajación laríngea diferencial.

#### *4.3. Técnicas para mejorar la resonancia vocal*

Se debe optimizar al máximo el uso de las cavidades de resonancia para crear un espacio resonador suficiente que refuerce el sonido laríngeo y aporte más color y armónicos al timbre de la voz. Se trata de que el paciente comprenda cómo la posición de sus órganos articulatorios afecta al sonido que finalmente se va a escuchar.

Se deben realizar, además, ejercicios para estimular la contracción y elevación del velo palatino, facilitando el cierre de la rinofaringe e inhibiendo la nasalización de los sonidos orales (masajeando las arcadas palatinas, haciendo gargarismos, emisiones guturales, ejercicios de sopló...).

#### *4.4. Técnicas para la precisión articulatoria y el ritmo del habla*

Se realizan para lograr una articulación clara y precisa y corregir las dislalias en el caso de que existan.

*4.4.1. Praxias articulatorias* (lengua, labios, mandíbula): para agilizar los movimientos y adquirir más fuerza, control, precisión, velocidad y extensión de la musculatura. Es importante que todos los movimientos se realicen rítmicamente para trabajar la habilidad diadococinética, pues su alteración es la principal causa de la pérdida de la fluidez del habla en al EP.

Se pueden utilizar recursos como un metrónomo, tocar palmas o seguir el ritmo de cualquier fuente sonora regular. La ventaja del metrónomo es que se puede regular el ritmo más o menos rápido, dependiendo de las dificultades de cada paciente.

*4.4.2. Ejercicios de precisión articulatoria:* frente a un espejo el logopeda enseñará al paciente las posiciones y movimientos correctos de los órganos articulatorios para cada fonema a corregir.

- *Ejercicios de control de velocidad del habla:* realizando la lectura de un texto sílaba por sílaba a distintos ritmos del metrónomo, posteriormente palabra a palabra, frases a tres velocidades...

#### *4.5. Técnicas prosódicas*

Estas técnicas van a dotar al habla parkinsoniana de más musicalidad, mejorando la melodía, acentuación y ritmo del habla.

- Ejercicios de acentuación contrastada.
- Ejercicios de entonación contrastada (enunciado, exclamación, interrogación).

#### *4.6. Técnicas para mejorar la escritura*

La mayoría de los enfermos con EP tiene problemas para escribir correctamente, ya sea por el temblor, por la rigidez muscular, alteraciones de la coordinación visomotora o déficits cognitivos. La rehabilitación de la grafía requiere unas habilidades básicas que mejoren el tamaño y la precisión de la letra.

*4.6.1. Rehabilitación de habilidades básicas.* Son necesarios una serie de requisitos para la ejecución de la grafía.

- Equilibrio muscular en la articulación de la muñeca: se realizarán ejercicios de flexión, extensión y rotación de la muñeca para reducir la rigidez muscular.
- Mejorar la motricidad fina: se ejercitará la pinza motora oponiendo el dedo pulgar los dedos índice, medio, anular y meñique a distintas velocidades.
- Se trabajará la correcta coordinación óculomanual: realizando trazos, etc.
- Orientación espacial: se realizarán trazos en todas las direcciones.

- Sentido del ritmo: con la ayuda de un metrónomo se asociará cada golpe al trazo de una raya en papel a distintas velocidades.
- Nivel de atención/concentración adecuados: localizando detalles en una lámina, repitiendo series progresivas de números y letras, etc.

*4.6.2. Estrategias para conseguir una letra más legible.* La primera estrategia es realizar los ejercicios aprovechando las fases ON de la medicación. También se evitarán factores negativos como la fatiga, el estrés, distracciones o falta de interés.

Es importante la corrección de la postura corporal de la mano y del papel, colocando éste sobre una superficie antideslizante para evitar que se mueva como consecuencia del temblor. Si el temblor interfiere gravemente, se le aconseja apretar el codo contra el costado para estabilizar la parte superior del brazo y pensar, antes de escribir, cómo expresar la idea en el papel; se evitan así paradas innecesarias que pueden dar lugar a la aparición del temblor de reposo.

Es muy útil el uso de papel pautado. Para favorecer la firmeza del trazo el paciente utilizará bolígrafos de mango grueso y para los casos de temblor leve se pueden añadir unas pequeñas pesas al bolígrafo que atenúen el trazo tembloroso. Los ejercicios deberán realizarse a diario, cuanto más escriba más fácil será recuperar esta habilidad.

En el caso de que con estas ayudas no se consiga rehabilitar la escritura, se puede recurrir al ordenador o máquina de escribir. Si el grado de invalidez del paciente es importante, se pueden utilizar los nuevos sistemas de captura de voz que, a través del dictado, escriben directamente en la pantalla el mensaje que se está emitiendo.

#### *4.7. Comunicación aumentativa y alternativa*

En el caso de pacientes con EP grave o muy evolucionada, en los cuales la comunicación está muy alterada y afecta a su vida cotidiana, puede ser necesaria la utilización de métodos de comunicación aumentativa, como las unidades portátiles de

amplificación de la señal de voz o el laringofono (descartado, no obstante, en enfermos con EP con habla pobremente articulada).

Los métodos de comunicación alternativa son los que sustituyen totalmente el habla y entre ellos se encuentran los sintetizadores de voz y los tableros de comunicación; estos métodos se utilizarán cuando hayan fracasado todas las medidas terapéuticas anteriores; requieren que el paciente desee comunicarse, comprenda el lenguaje, sea capaz de señalar, discrimine visualmente los signos, tenga memoria visual y auditiva y comprenda la representación simbólica visual.

No existe un método mejor que otro. Se ha de proponer a cada paciente un método personalizado dependiendo de sus necesidades, su vocabulario, su entorno sociofamiliar, sus habilidades cognitivas y grado de movilidad.

#### **4. Bibliografía**

- Bayés Rusiñol A. (2003): *Rehabilitación integral de la enfermedad de Parkinson y otros parkinsonismos*, Barcelona: Ars Médica.
- Illes, J.; Metter, E.J.; Hanson, W.R.; Iritani (1988): "Language production in Parkinson's disease: acoustic and linguistic considerations", *Brain and Language* 33, 146-160.
- Love, R.; Webb, W. y Kirshner, H. (2004): *Neurology for the speech and language pathologist*, Elsevier, Butterworth-Heinemann.
- Melle N. (2007): *Guía de intervención logopédica en la disartria*, Madrid: Síntesis.
- Micheli, F. y Scorticati, M.C. (2004): *Convivir con la enfermedad de Parkinson*, Madrid: Médica Panamericana.
- Torres Carro, O.; León, M.; Álvarez, E.; Maragoto, C.; Álvarez, L. y Rivera, O. (2001): "Rehabilitación del lenguaje en la enfermedad de Parkinson", *Revista Mexicana de Neurociencia* 2 (4), 241-244.
- Robertsons, S.J. y Thompson, F. (1984): "Speech therapy in Parkinson disease: A study of the efficacy and long-term effects of intensive treatment", *British Journal of Disorders of Communication* 19, 213-224.
- Scout, S.; Cairo, F.I. y Williams, B.O. (1985): *Communication in Parkinson's disease*, Rockville, Maryland: Aspen.
- Zurita, M. (2005): *Guía de intervención logopédica en la Enfermedad de Parkinson*, Madrid: Síntesis.
- Vilariño I. (2008): "Alteraciones de la comunicación y la deglución en la enfermedad de Parkinson. Intervención logopédica", en *Reeducación*

*M. Isabel Vilariño: Alteraciones de la comunicación en la  
Enfermedad de Parkinson*

*funcional en la enfermedad de Parkinson. Una introducción a las  
terapias de apoyo, Barcelona: Elsevier, 161-178.*

\* \* \*