

Fronteras disciplinarias: pragmática y patología del lenguaje¹

Beatriz Gallardo Paúls
Universitat de València

0. Los retos actuales de la lingüística aplicada

Uno de los retos a que se enfrenta la lingüística en el tercer milenio es, sin duda, la sistematización de aquellos campos aplicados donde nuestra disciplina puede resultar una herramienta teórica importante. Si bien la consideración tradicional de la lingüística aplicada se centra básicamente en los estudios de traducción y de enseñanza de segundas lenguas (no en vano nace como lingüística contrastiva, Fisiak, 1981:3), existe un amplio campo de "otras aplicaciones" que, por lo general, carecen de construcción teórica propia y que existen tan sólo como prácticas concretas aisladas.

Nuestra convicción, pese a los recelos de quienes conciben la *interdisciplinarietà* como *intrusismo*, es que dichas prácticas son un objetivo legítimo para los estudios lingüísticos, y, más aún, un campo ineludible en la sociedad actual. En el presente estudio nos planteamos uno de estos ámbitos de necesaria interdisciplinarietà: el de las patologías del lenguaje. Intentaremos conjugar las perspectivas neuropsicológica y logopédica con el enfoque lingüístico, focalizando especialmente la contribución de la pragmática tanto a la evaluación como a la rehabilitación. Esta ubicación "limítrofe" explica que en ocasiones el texto pueda parecer redundante, pues hemos considerado necesaria la explicitación de algunas nociones que o bien son obvias para un lingüista o bien lo son para el neuropsicólogo. Desde nuestro punto de vista, la logopedia es el necesario campo de intersección de

¹ Esta investigación no hubiera sido posible sin la ayuda de dos personas a las que quiero expresar mi gratitud. Por un lado, a la logopeda María Ángeles Campos, por su generosa disponibilidad para acceder a su consulta y poder disponer de datos grabados. Por otra parte, al Dr. Raúl Espert, profesor de Psicobiología de la Universitat de València, que me facilitó cintas de material grabado para su análisis. En última instancia, este agradecimiento se dirige sobre todo a las personas afectadas de afasia, que dieron su autorización previa para tales grabaciones.

En el ámbito institucional, esta investigación es deudora también de los proyectos de investigación PB98-1486 y BFF2001-3234-C02-02.

ambos discursos; su carácter aplicado debe nutrirse simultáneamente del conocimiento teórico que proporcionan la lingüística y la neuropsicología.

1. El modelo lingüístico de las investigaciones sobre afasias

Pese a la existencia de publicaciones e investigaciones que, desde hace años, vienen incorporando enfoques y conceptos pragmático-discursivos al ámbito de las patologías (Patry y Nespoulous, 1990: 21), podemos afirmar que tanto los estudios tradicionales de psicología y neurología, como las pruebas utilizadas en el diagnóstico de las patologías (muchas de ellas elaboradas en los años 60 y 70²) responden en su mayoría a una concepción de la lingüística (más bien, de la gramática) que podríamos calificar como "pre-pragmática"; éste es también el modelo que suelen tener muchos profesionales dedicados a la rehabilitación y diagnóstico.

Las premisas teóricas fundamentales en las que se sustenta esta visión del lenguaje patológico son, desde nuestro punto de vista, dos:

1. la localización del lenguaje en el hemisferio izquierdo del cerebro, y
2. las tipologías resultantes de una asociación de causalidad entre la localización de la lesión cerebral y el síndrome afásico.

1.1. Afasia y lateralización cerebral

Las alteraciones comunicativas que discriminan y tratan los estudios de afasiología tradicional afectan a lo que, por ejemplo, Bruner (1982: 173) identifica como el "*código léxico-gramatical empleado en la comunicación lingüística*". R. Gallagher (1994: 76), en su contribución al Manual de Helm-Estabrooks y Albert, describe así las pruebas de evaluación:

² El primer test sistematizado para el diagnóstico de la afasia fue publicado por Henry Head en 1926 (Love y Webb, 1998: 240). Estas son algunas de las pruebas utilizadas para diagnosticar las afasias, con el año de su primera edición:

- Test de modalidades del lenguaje para afásicos (Wepman y Jones, 1961)
- Test Minnesota para el diagnóstico diferencial de las afasias (Schuell, 1965)
- Índice Porch de habilidades comunicativas (Porch, 1967, 1971; adaptación al catalán y al español, Sangorrín, 1987)
- Examen comprensivo del centro neurosensorial para afásicos (Spreen y Benton, 1969)
- Test de Boston (Goodglass y Kaplan, 1972)
- Batería Western para afasia (Kertesz, 1983)

"Una evaluación neuropsicológica estándar cubre un amplio rango de capacidades de lenguaje, incluyendo fluidez, articulación, recuperación de palabras, comprensión, repetición, lectura y escritura."

En definitiva, se describen y buscan deficiencias en fonética y fonología, estructuras morfosintácticas y dominio léxico, elementos del habla que, en casos normales, se acepta que se localizan en el hemisferio izquierdo del cerebro:

"Una regla de uso en la interpretación de la WAIS-R [Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos Revisada] es que los déficits de las escalas Verbal y Manipulativa están asociados con daño en los hemisferios cerebrales izquierdo y derecho, respectivamente."(Gallagher, 1991: 77)

Aunque esta asociación general del lenguaje con el hemisferio izquierdo del cerebro se ha venido matizando de diversas maneras desde los años 60 (Delis y Bihrlé, 1989: 33), la bibliografía neuropsicológica suele establecer entre los dos hemisferios cerebrales divisiones y correspondencias como las que aparecen en la siguiente tabla (Lesser, 1978: 73; Stevens, 1997: 348; Barroso y Nieto, 1996). En la mayoría de los casos, se asume que se trata básicamente de diferencias de grado, no de especialización excluyente (Bryan, 1994: 1):

H. IZQUIERDO	H. DERECHO
procesado verbal	procesado visual, cinético y emocional
memoria auditiva verbal	memoria auditiva no verbal
pensamiento abstracto	pensamiento concreto
tiempo	espacio
secuencias (organización serial)	relaciones (organización gestáltica, estructural)
atención centrada o focalizada	atención difusa
atención auditiva	atención visual
ritmo	música (armónicos)
análisis	síntesis
lógica, procesos elaborados	emoción, procesos inmediatos
organización consciente y volitiva	organización automática e involuntaria
razón	intuición
sentido de la organización	sentido del absurdo
preparación a la memoria	preparación a la creatividad

La primera oposición de la tabla refleja la dominancia del hemisferio izquierdo en el lenguaje de sujetos normales (se propone que en el 98% de los diestros y el 60% de los zurdos es dominante el hemisferio izquierdo). Crystal (1983: 123) describe la postura más habitual a este respecto:

"Se dice que un hemisferio es más dominante que el otro para una función determinada cuando éste es más importante que aquél para su puesta en práctica. Sobre esta base, podemos aceptar la postura adoptada

por Broca y otros, de que el hemisferio izquierdo es dominante para el habla (en los diestros). Las lesiones del área de Broca en el hemisferio izquierdo interfieren generalmente con el habla; en tanto que las lesiones del área correspondiente (el área 'homóloga') en el hemisferio derecho no la afectan. Igualmente puede observarse que las lesiones del hemisferio izquierdo producen trastornos de lectura y escritura, pérdida de la memoria verbal, trastornos de orientación izquierda/derecha, gran simplificación y ausencia de detalles en el dibujo, incapacidad para llevar a cabo tipos de movimientos intencionales, etc. De modo similar, las lesiones del hemisferio derecho producen trastornos en la orientación espacial, reconocimiento de caras y objetos, ciertas respuestas emocionales, burdas deformaciones en el dibujo, y ciertos problemas más. Algunas capacidades parecen estar representadas en ambos hemisferios (por ejemplo, la capacidad musical), pero aparte de esto, es posible hablar de los hemisferios como 'especializados' en las distintas funciones."

Más recientemente, Love y Webb (1996: 227) resumen así el protagonismo del hemisferio izquierdo y la escasa relevancia atribuida al derecho en la actividad lingüística:

"Los estudios de cerebro dividido (split brain) indican que el hemisferio derecho participa únicamente hasta cierto punto en el procesamiento del lenguaje. El hemisferio derecho participa en la comprensión de oraciones en un nivel muy básico. Distingue categorías de sustantivos y verbos muy bien, pero no procesa sintaxis del mismo modo que lo hace el hemisferio izquierdo."

Este protagonismo del hemisferio izquierdo en las patologías lingüísticas (protagonismo también de las lenguas fusionantes y por tanto, de un concepto concreto de la morfología y la sintaxis) ha originado algunas propuestas de rehabilitación y terapia que tratan de potenciar las habilidades disponibles del hemisferio derecho, como por ejemplo (Peña-Casanova, Bertran-Serra y Manero, 1995: 145), la Terapia de Entonación Melódica (Albert y cols.) o la Terapia de Risas (Potter y Goodman). En estos casos, se asume la premisa teórica de que potenciar las actividades regidas por el hemisferio derecho puede ayudar a la rehabilitación de personas con el lenguaje afectado por lesiones en el hemisferio izquierdo.

Sin embargo, en su repaso bibliográfico sobre la importancia del hemisferio derecho, Barroso y Nieto (1996: 285) rescatan las observaciones más o menos diseminadas que otorgan importancia al hemisferio derecho también en la actividad verbal, y concluyen que la integridad de este hemisferio

"es necesaria para el procesamiento léxico-semántico y para una adecuada relación lenguaje-contexto."

Según estos autores, un análisis de la bibliografía existente al respecto señala que hay pruebas evidentes de la participación del hemisferio derecho en tareas como las siguientes:

- organizar y comprender un texto narrativo
- inferir las implicaturas conversacionales (o textuales, como las moralejas)
- interpretación adecuada de los actos de habla indirectos
- interpretar bien la violación de las máximas conversacionales (ironías, metáforas, sentidos no literales).

También K. Bryan (1994: 5ss), en la presentación de su *Batería del Hemisferio Derecho*, señala los siguientes ámbitos de incidencia demostrados por la práctica clínica:

- procesamiento léxico-semántico de palabras concretas,
- déficits selectivos en la comprensión de connotaciones,
- lenguaje metafórico (preferencia por la interpretación literal, que supone a su vez dificultades para entender las implicaciones e intenciones, y para utilizar la información contextual),
- humor,
- estructuras narrativas (dificultad para integrar sus partes),
- integración de información lingüística compleja (oraciones abstractas, razonamientos lógicos, y secuencias argumentativas complejas),
- dificultades generalizadas con la indirección,
- prosodia y acento (pérdida de los aspectos afectivos de la prosodia).

Estas y otras relaciones de factores afectados en pacientes de HD incluyen, como se ve, categorías de los tres niveles pragmáticos. Por ejemplo, se ven afectados elementos típicos de la *pragmática enunciativa*, como los actos de habla directos e indirectos o las implicaturas conversacionales, que dependen del uso correcto de normas discursivas que todo hablante conoce. También hay fallos en el dominio de las categorías típicas de la *pragmática textual*, es decir, la que se centra en los elementos del enunciado³: prosodia y acento, connotaciones, deíxis, superestructuras narrativas y argumentativas, inferencias trópicas... Por último, los pacientes afectados por daño cerebral en el hemisferio derecho muestran también déficits en el manejo de categorías *pragmáticas receptivas*, como el dominio de la toma de turno, el cambio y mantenimiento del tópico, las aperturas y

³ Una categoría pragmática textual que, a nuestro juicio, puede resultar muy útil en el tratamiento de ciertas alteraciones es la distinción entre *tópicos* y *comentarios*; en las perseveraciones y las estereotipias, por ejemplo, el sujeto activa cierta articulación y es como si se quedara "enganchada", repitiéndola una y otra vez. Estos síntomas ponen en juego secuencias discursivas analizables (Veyrat y Serra, 2002) en términos de "discurso repetido"; en términos pragmáticos podríamos pensar que son los *procesos de topicalización* los que se ven bloqueados, lo que llevaría a situar el estudio de estos síntomas en el nivel supraoracional.

cierres conversacionales, etc. Este subnivel pragmático surge al considerar, como ya propusiera Gregory Bateson en los años 30 (Gallardo, 1996: 27, 40), que cualquier acto enunciativo es una *reacción* a un acto previo de otro sujeto (que a su vez reacciona); esta postura epistemológica asume que la enunciación engloba necesariamente dos funtores en relación de interdependencia constitutiva (Hernández, 1992), y resulta compatible con las posturas defendidas por la Teoría de la Mente, según la cual

"los niños, después de una determinada edad, desarrollan una sensibilidad a propósito de lo que sus interlocutores conocen y lo que no." (Obler y Gjerlow, 2002: 114).

Evidentemente, para que estas alteraciones pragmáticas⁴ sean discriminadas como tales por el neurólogo, el psicólogo o el logopeda, ha sido necesaria su objetivación previa por parte de la lingüística. El aumento progresivo de estudios que atienden a las lesiones del hemisferio derecho ha llevado en los últimos años a considerar que ambos hemisferios (Obler y Gjerlow, 2000: 105 ss.) participan de manera importante en el procesamiento de la lengua natural⁵; esta ampliación epistemológica es un correlato lógico del desarrollo que ha tenido la ciencia del lenguaje, pues el estudio profundo de la pragmática y todas sus categorías (especialmente las basadas en la capacidad prevaricadora y en el significado no literal) se desarrolla en las últimas décadas del siglo XX. Hasta entonces, y con excepción de la retórica (inferencias trópicas), este tipo de categorías no habían sido estudiadas de manera sistemática.

En general podemos decir que el desarrollo de la lingüística y la neurología en las últimas décadas aconseja incorporar a la tabla

⁴ La identificación de estas conductas deficitarias se asocia también a otras patologías que no caen en el espectro de la afasia, sino que se vinculan con el autismo o con el trastorno específico del lenguaje; en concreto, es la base de lo que Rapin y Allen identificaron en los años 80 entre los desórdenes evolutivos como "trastorno semántico-pragmático". Elvira Mendoza (2002) señala como problema esencial de estos niños su sujeción a la literalidad y su dificultad con el significado inferencial, en un continuum que se extendería de manera progresiva: símil, metáfora e ironía. El marco de referencia en que se sitúan sus investigaciones sobre este trastorno (asumiendo, de acuerdo con Bishop, su inclusión entre los trastornos de espectro autista) es el de la teoría de la mente.

⁵ La "frontera borrosa" entre semántica y pragmática que tantas veces aparece en los estudios de lingüística (pragmática radical vs. integrada) se reproduce también la afasiología. Ince y Christman (2002) realizan experimentos que vinculan el significado ("conocimiento categorial") al hemisferio izquierdo, y el tópico ("conocimiento temático") al hemisferio derecho. Por su parte, la aplicación de la versión hebrea de la Batería de Comunicación del Hemisferio Derecho (RHCB) lleva a Zaidel, Kasher, Soroker y Batori (2002) a concluir que el izquierdo participa también en el procesamiento de categorías pragmáticas.

anterior un nuevo par de términos, de indudable utilidad a la hora de abordar terapias y proponer tratamientos logopédicos:

competencia gramatical

competencia pragmática

La competencia gramatical (la competencia chomskiana clásica) es, estrictamente, la que afecta a las estructuras de la lengua: fonética y fonología, morfología, sintaxis, léxico y semántica; es, como veremos, la que normalmente evalúan las baterías de pruebas. La competencia pragmática va mucho más allá del dominio de uno u otro nivel gramatical, y es concebida desde la lingüística cognitiva (Horn, 1988; Sperber y Wilson, 1986), como el campo de interacción entre gramática, memoria y lógica.

Evidentemente, en términos lingüísticos esta observación es trascendental, pues supone la posibilidad de integrar la pragmática en los modelos utilizados para describir las afasias⁶ y para elaborar protocolos de rehabilitación. Creemos que las categorías pragmáticas identificadas por la lingüística en las últimas décadas pueden ser útiles para neuropsicólogos y logopedas, tanto en el diagnóstico como en la terapia de las alteraciones comunicativas, por dos motivos fundamentales:

1. por un lado, es esperable que las patologías que afecten al hemisferio derecho se acompañen de alteraciones en las categorías pragmáticas (así lo demuestra el repaso al estado de la cuestión). Parece plausible pensar que la consideración global y sistematizada de estas categorías ayude a identificar las correspondientes patologías.

2. por otro lado, igual que el tratamiento de lesiones en el hemisferio izquierdo aconseja la potenciación de elementos no verbales propios del hemisferio derecho (aspectos emocionales, música, etc.)⁷, podemos pensar que sería conveniente potenciar

⁶ Otra repercusión importante afecta tan sólo a la propia pragmática, pues viene a ratificar la visión radical de la pragmática como componente, y a cuestionar la visión integrada en la semántica que han defendido, por ejemplo, escuelas como la Teoría de la Argumentación de Moeschler, Reboul y otros.

⁷ Este tipo de terapias se apoyan en la asimetría "afectiva" entre ambos hemisferios: "The right hemisphere shows a preference for processing affective cues relative to the left hemisphere. This is a well-established finding, at least with respect to negative emotional valence. Empirical evidence is provided by studies in which words (...), pictures (...), or film clips (...) were presented lateralized to healthy subjects; by neuropsychological investigations of patients with unilateral brain damage (...); by psychophysiological studies using electrophysiological recordings (...) or positron emission tomography measuring regional brain activation (...); and by neurological investigations with the intracarotid sodium amyltal test." (Windmann, Daum y Güntürkün, 2002: 269)

también el uso de las capacidades verbales pragmáticas⁸, cuyo desarrollo contribuirá a la habilidad comunicativa del paciente.

El paso previo para realizar este tipo de investigación ha de ser una descripción de la conducta afásica realizada exclusivamente desde la óptica pragmática. Por lo general, los analistas de la conversación utilizan transcripciones de datos orales, cuyas convenciones de notación se dirigen básicamente a los aspectos verbales (el sistema etnometodológico, por ejemplo, consigna los rasgos paraverbales, las risas, y en ocasiones concretas la mirada). Sin embargo, este tipo de datos marcados imponen necesariamente una especial atención a los elementos paralingüísticos y a la comunicación no verbal, pues el sujeto con dificultades verbales recurre inevitablemente al empleo amplificador o sustitutorio de los códigos comunicativos "secundarios"⁹.

1.2. La clasificación de las afasias

La mayoría de los **modelos de clasificación** de las afasias¹⁰, especialmente los clásicos, utilizan una tipología de trastornos que refleja la distinción de niveles gramaticales de la lingüística tradicional. Por ejemplo, basándose en los trabajos de Whitaker de principios de los años 70, R. Lesser proponía en su manual de 1978 el

⁸ Por otro lado, estas categorías pragmáticas no son nunca categorías aisladas respecto a otras categorías de tipo cognitivo; Jorques (1998) ha demostrado la vinculación que existe, por ejemplo, entre el foco y la atención, o la presuposición y la memoria.

⁹ No queremos entrar aquí en la discusión de cuál de los sistemas (lenguaje, paralinguaje y kinésica) codifica la información más importante, ni en la conocida distribución de Birdwhistell del 35% para el lenguaje verbal y el 75% para el no verbal. El centro de interés de este trabajo (y creemos que también de los sujetos afásicos) es el lenguaje verbal.

¹⁰ Love y Webb (1996: 230-231) describen en los siguientes términos las propuestas y modelos de clasificación de las afasias: *"La historia de la afasia está plagada de estudiosos del tema que o bien no mantenían una comunicación fluida entre sí, o bien estaban en total desacuerdo acerca de la naturaleza de los síndromes. Generalmente se clasificaban o denominaban estos síndromes siguiendo tendencias personales. Todo esto dio como resultado una cantidad asombrosa de sistemas de clasificación que daban lugar a grandes confusiones. Nombres similares en dos sistemas de clasificación diferentes podían utilizarse para describir a síndromes del lenguaje totalmente diferentes, y con localizaciones de las lesiones también totalmente diferentes.*

"Los especialistas en patología del lenguaje que formularon algún sistema de clasificación, en general, no especificaban la localización de las lesiones en sus sistemas. Se basaban en la clasificación de patrones de ejecución de tests de lenguaje estandarizados (...) El enfoque de clasificación de las diferentes clases de afasia basado únicamente en la ejecución del lenguaje complicó aún más esta tarea de clasificación."

Este "exceso clasificatorio", por lo demás muy familiar a otras áreas de investigación relacionadas con el lenguaje, puede relacionarse con un aspecto distinto a los que proponen Love y Webb: las distintas concepciones del lenguaje que encierra cada propuesta de clasificación. Lo que el lingüista se pregunta ante estos modelos es, precisamente, qué concepción del lenguaje subyace a cada uno.

siguiente modelo de organización lingüística con validez neurofuncional (1978: 47):

-
1. Nivel físico-fonético: codificación neuromuscular
 2. Representaciones fonológicas.
 - a) reglas de la estructura morfé mica y reglas fonético-fonológicas de nivel inferior.
 - b) reglas fonológicas abstractas.
 3. Representaciones léxicas: unidades conceptuales sin especificación neuromuscular.
 4. Componente sintáctico (implicado, por ejemplo, en la subcategorización estricta).
 5. Componente semántico (implicado, por ejemplo, en las restricciones selectivas de base semántica).
-

Otra distinción habitual (por ejemplo, en Peña-Casanova, Pérez Pamies y Diéguez-Vide, 1995c) es distinguir los tipos de afasia a partir de la clasificación básica entre producción y recepción (generalizando, "afasias tipo Broca" y "tipo Wernicke"). Lo normal es diferenciar entre síntomas (conductas lingüísticas anómalas que afectan a cualquier componente de la gramática) y síndromes (conjuntos de síntomas que definen una patología específica), contemplando el lenguaje como un mecano cuyas piezas serían los distintos componentes gramaticales. Desde un enfoque como éste, por ejemplo, X. Seron y P. Feyereisen (1982) presentan una clasificación por destrezas semióticas¹¹ (hablar, escuchar, escribir y leer), con el siguiente listado de anomalías:

¹¹ La bibliografía neuropsicológica suele referirse a las cuatro destrezas tradicionales como "modalidades del habla". En este trabajo mantendremos la terminología lingüística habitual.

-habla: anomalías de la fluidez (reducción y logorrea, mutismo, estereotipias¹², disprosodia¹³, anomia o falta de palabras), parafasias fonéticas, parafasias morfológicas y parafasias semánticas¹⁴, neologismos, agramatismo y disintaxia¹⁵.
-escucha: sordera verbal "pura".
-escritura: reducción cuantitativa, supresión, paragrafías literales y grafemáticas, agramatismo y disintaxia.
-lectura: alexias (agnóstica y afásica; dislexia profunda y de superficie)

Las destrezas así desglosadas sirven para agrupar los síntomas en siete síndromes básicos, a los que se añaden otros tipos (afasia mixta, afasia global) donde se trata de incluir a pacientes que no encajan en tales agrupaciones:

"En todo síndrome se encuentran pacientes que no presentan determinados síntomas considerados típicos y, sin embargo, padecen otros que no están agrupados en esta categoría. Para tratar de solucionar este problema, los neuropsicólogos clásicos crearon algunas etiquetas amplias (más bien cajones de sastre) como la afasia mixta o la afasia global. Pero incluso con estas categorías tan laxas todavía quedan muchos pacientes que no se ajustan a ninguno de los síndromes establecidos." (Cuetos, 1998: 9)

Los enfoques cognitivos desarrollados en las décadas de los 80 y 90 (estrechamente vinculados al desarrollo de las tecnologías de diagnóstico por imagen, sobre todo el PET), han cuestionado este modelo "patofisiológico" (Cardebat, 1999: 25) y la concepción de los síndromes como compartimentos estancos. Estos enfoques asumen una visión menos localizacionista, ya que la consideración aislada de los síntomas afásicos parece indicar correlaciones menos estrictas con las zonas del cerebro:

"a given symptom may arise from lesions localized at different points of a network distributed over the left hemisphere, if not the entire brain." (Cardebat, 1999: 25)

¹² Repetición de una palabra o una frase, pertenecientes o no a la lengua.

¹³ Atenuación de la cadencia entonativa y tendencia a la silabación.

¹⁴ "Las parafasias fonémicas consisten en una mala pronunciación por adición, omisión o desplazamiento de fonemas". La parafasia morfológica "corresponde a la sustitución de una palabra por otra que se le parece en la forma", y en la semántica "la palabra a pronunciar es sustituida por una palabra que tiene relación conceptual con ella." (Seron y Fayereisen, 1982: 202- 203). Evidentemente, las parafasias morfológica y semántica remiten a binomios lingüísticos del tipo expresión/ contenido, forma/sentido, significante/ significado, estructura superficial/profunda, etc.

¹⁵ "Ambos términos corresponden a la emisión de frases que transgreden ciertas reglas de la gramática. Los rasgos esenciales del agramatismo son: una reducción del número y una simplificación de las estructuras sintácticas. Esta simplificación se realiza por medio de la ausencia de palabras instrumentales, de una predominancia de los lexemas, del empleo de verbos en infinitivo junto con una ausencia de concordancia y marcas morfológicas." (Seron y Fayereisen, 19??: 204)

La siguiente tabla (Güell y Olivé, 2001: 147) recoge los síndromes tradicionalmente agrupados desde la perspectiva localizacionista:

	GLOBAL	WERNICKE	SENSORIAL TRANSCORTI CAL	CONDUCCIÓN	BROCA	ANÓMICA	MOTORA TRANSCORTI CAL
LENGUAJE ESPONTÁNEO	no fluido	fluido	fluido	fluido	no fluido	fluido	no fluido
COMPRESIÓN ORAL	muy alterada	alterada	alterada	relativamente preservada	relativamente preservada	relativamente preservada	relativamente preservada
REPETICIÓN	muy alterada	relativamente preservada	relativamente preservada	alterada	alterada	preservada	relativamente preservada
DENOMINACIÓN	muy alterada	muy alterada	muy alterada	alterada	muy alterada	muy alterada	alterada
LECTURA EN VOZ ALTA	alterada	alterada	alterada	alterada	alterada	relativamente preservada	relativamente preservada
COMPRESIÓN LECTORA	muy alterada	alterada	alterada	relativamente alterada	relativamente alterada	relativamente preservada	relativamente alterada
ESCRITURA	muy alterada	alterada	alterada	alterada	alterada	relativamente preservada	alterada

Estas distinciones, articuladas en torno al eje básico de producción y recepción, suponen un reduccionismo fundamental, por cuanto las dos actividades jamás tienen lugar aisladamente. En la conversación estándar la relación entre hablante y oyente (entre habla y escucha) ha sido definida (Hernández, 1985; Gallardo, 1992) como una relación de

subsunción, simultánea y no secuencial, de tal manera que ambas funciones mantienen una interdependencia constitutiva que impide separarlas por completo. Por otro lado, su evaluación y diagnóstico se realiza necesariamente en contextos interaccionales de carácter más o menos institucional, donde no es esperable la conducta espontánea de los contextos conversacionales. En consecuencia, evaluar la conducta expresiva del paciente obliga a situarlo en una posición previa de recepción, e inversamente¹⁶, para evaluar su capacidad de comprensión necesitamos basarnos en su encadenamiento de emisiones (salvo en las pruebas que recurren a la respuesta no verbal). Por eso la separación de las destrezas semióticas ha de considerarse como simple abstracción teórica.

Otras clasificaciones, por ejemplo la de Love y Webb (1996), utilizan como criterio la **localización de las áreas neurológicas** afectadas, siguiendo la tradición que empezara Luria con su clasificación de afasias en soldados heridos. Tal y como señala Cuetos (1998: 8), hemos de tener en cuenta que esta perspectiva "localizacionista" de la neurología clásica obedecía a una necesidad fundamental: poder asociar cierta conducta verbal deficitaria con una lesión cerebral concreta en su tamaño y ubicación. Con este criterio, Luria distinguía seis tipos de afasias, vinculados a lesiones diferentes (apud. Lesser, 1978: 20-21):

1. circunvolución superior del lóbulo temporal → afasia acústico-agnósica (dificultades para diferenciar los sonidos del habla)
2. circunvolución media → afasia acústico-amnésica (dificultades para retener el significado de una palabra mientras se interpreta el resto de la cadena)
3. unión de los lóbulos temporal, parietal y occipital → afasia semántica (se conserva la capacidad de comprender palabras aisladas, pero no se comprenden las unidades superiores)
4. inercia patológica en el sistema motor → afasia motora eferente (dificultades en la articulación, que se reduce a movimientos aislados y entrecortados, especialmente en los inicios; se relacionaría con la afasia de Broca según es descrita por Goodglass y Kaplan, 1972)
5. trastorno en la retroalimentación cinestésica de las pautas motoras del habla → afasia motora aferente (dificultades articulatorias sobre todo en encadenamientos y junturas)

¹⁶ Esta paradoja podría considerarse como una especial versión de la "paradoja del observador" identificada por la sociolingüística laboviana en los años 70.

6. trastorno en los procesos dinámicos de excitación nerviosa → afasia dinámica (dificultades más sintácticas que articulatorias; correspondería a la afasia motora transcortical de Goodglass y Kaplan).

Aun en estos casos, la descripción de los síndromes asociados a cada tipo de afasia permite rastrear la misma concepción de los componentes del lenguaje manejados: fonético, morfosintáctico y semántico, que volvemos a encontrar en las propuestas de clasificación cognitiva, más preocupadas por los procesos cognitivos verbales que por la identificación de síntomas.

1.3. Otros ámbitos

En un ámbito más aplicado, también las **baterías de tests de evaluación** utilizadas para diagnosticar las afasias, presentan por lo general una visión del sistema lingüístico escindido en los distintos componentes (Smith y Leinonen, 1992: 33). Esta focalización de los aspectos gramaticales supone, en definitiva, descuidar la competencia pragmática de los pacientes. La mayoría de subpruebas que integran los tests miden las destrezas verbales por separado; por ejemplo, en el Test de Boston, uno de los más utilizados en los centros españoles, se atiende a las siguientes posibles áreas deficitarias (Goodglass y Kaplan, 1972): articulación, pérdida de fluidez verbal, dificultad para encontrar palabras, repetición, habla seriada, pérdida de gramática y sintaxis, parafasia (literal, verbal o extensa), comprensión auditiva, lectura y escritura. En consonancia con este inventario, al paciente se le proponen ejercicios como los siguientes:

- identificación gestual (cronometrada) de las partes del cuerpo,
- preguntas lógicas de comprensión, con respuesta de sí o no ("¿Se hunde una tabla en el agua?", "¿Se hunde una piedra en el agua?", lectura de textos y preguntas del mismo tipo),
- repetición de palabras,
- completar secuencias como los días de la semana, los meses del año, etc.
- recitado y canto (completar refranes o canciones),
- identificación de objetos dibujados.

Como vemos, ninguna prueba implica el conocimiento pragmático del sujeto, sólo su dominio del código; el único ejercicio que se aproxima un poco, porque "accidentalmente" pone en juego las superestructuras textuales, consiste en la descripción de un dibujo narrativo (la conocida lámina de "El robo de galletas"), aunque en

ningún caso se propone la evaluación de tales superestructuras y su conservación.

La necesidad de evaluar por separado cada aspecto del lenguaje obliga, por otro lado, a proponer al sujeto actividades descontextualizadas, algo que jamás ocurre en el uso real del lenguaje. Esta circunstancia resta validez ecológica a las pruebas, y algunos estudios (por ejemplo el de Vanhalle, Lemieux, Ska y Joannette, 2000, sobre la comprensión de ciertos actos de habla) han demostrado resultados distintos entre las pruebas diseñadas para tests y acciones similares realizadas en contextos naturales.

Probablemente, una de las causas directas de estos reduccionismos es la concepción generativista del lenguaje que subyace a la mayoría de los estudios y pruebas diseñadas en ámbitos anglosajones. Es cierto que el modelo gramatical predominante en la afasiología es de naturaleza generativo-transformacional, ya que el estructuralismo bloomfieldiano anterior rechazaba el interés por cuestiones "mentalistas" (Fromkin, 2000), pero la naturaleza aplicada de estos estudios propicia con frecuencia un eclecticismo bastante heterodoxo. Por ejemplo, en Lesser (1978: 34-49) encontramos una presentación de la sintaxis donde se entrecruzan conceptos generativistas y sistémicos, o un tratamiento de los desórdenes articulatorios que recurre indistintamente a conceptos praguenses y chomskianos. Lenneberg (1968: 322) señala el "abuso" teórico o la inadecuación con que las teorías chomskianas son utilizadas por algunos afasiólogos.

Esta "filiación generativista" de la afasiología explica el retraso (o la reticencia) en incorporar los enfoques pragmáticos, en pro de enfoques básicamente gramaticalistas. Como sabemos, Chomsky no se plantea la inclusión de un componente pragmático hasta los últimos años 70¹⁷, y su insistencia en el innatismo y en una gramática

¹⁷ En julio de 1999 *Brain and Language* editó un número monográfico con el título "Pragmatics: Theoretical and Clinical Issues" (Editora: Brigitte Stemmer). En una entrevista de este número el propio Chomsky data con más exactitud su posición ante la pragmática, y justifica con cuestiones terminológicas las habituales críticas por su exclusión de la competencia del hablante: "My own view has always been stronger than what you quote from Levinson: 'a general linguistic theory must incorporate pragmatics' not only 'as a component or level in the overall integrated theory', but as a central and crucial component (...) My first (non-)publication on these topics is a very long manuscript called LOGICAL STRUCTURE OF LINGUISTIC THEORY (1955, revised 1956 version published in part in 1975). (...) I've always assumed that pragmatics is a central part of general linguistics theory". Y luego: "If we are using the term 'competence' in my technical sense, then pragmatics is not part of a theory of linguistic competence, for uninteresting terminological reasons. If we are using the term 'competence' in his ordinary English sense, then I suppose one might say that pragmatics is part of linguistic competence, but the conclusion is again uninteresting, merely a matter of terminology." (Stemmer, 1999a)

universal compartida por todas las lenguas rechaza en principio el tipo de variabilidad que puede ser dependiente del contexto; desde tal enfoque, la competencia puede describirse sin necesidad de analizar datos reales, a veces basándose en la mera introspección (Lesser, 1978: 58-67). Pero, tal y como la neurolingüística y la afasiología han señalado hace tiempo, el hablante afectado por algún tipo de patología necesita recuperar la habilidad verbal precisamente para seguir desenvolviéndose en los contextos cotidianos, muy dispares al contexto de terapia:

"En la terapia logopédica tradicional se realiza una interacción terapéutica que está muy próxima a una situación didáctica, en la que sólo el terapeuta conoce el resultado final de dicha interacción (producción de nombres y/o frases) y asume una actitud directiva con el paciente. La coherencia referencial en la logopedia es un aspecto que no se contempla. El tratamiento tradicional pone como objetivo final la recuperación de la habilidad lingüística formal [el subrayado es nuestro], como la fonología, la riqueza léxica y la complejidad sintáctica por la vertiente expresiva y receptiva, respectivamente." (Peña-Casanova, Pérez Pamies, Manero y Bertran-Serra, 1995: 231).

La elaboración y la aplicación de las pruebas evaluadoras y rehabilitadoras no puede focalizar meramente la competencia lingüística del hablante, sino que debe orientarse necesariamente a su competencia comunicativa global:

"language use is not an exhibition of linguistic competence but a behavior primarily oriented toward communication. In normal conditions, the ordinary use of language in natural settings has as a major goal to make contact with other individuals." (Patry y Nespoulous, 1990: 21)

En consecuencia, el estudio del habla en personas con afasia necesita incorporar la pertinencia del contexto y de conceptos como el conocimiento enciclopédico, conocimiento compartido, relevancia, inferencia, etc.; en otras palabras, debe asumir una perspectiva pragmática que ya no se centre en esa "habilidad lingüística formal", sino en la eficacia sociocomunicativa del sujeto.

2. La introducción de la pragmática

Esa concepción "gramaticalista" que hemos descrito sigue vigente en propuestas más recientes, como las que se basan en el "*perfil de comunicación eficaz*" establecido por Menn, Helms-Estabrooks y Rasberger (Helm-Estabrooks y Albert, 1991: 142 ss). Este enfoque, base del Test Barcelona publicado por J. Peña-Casanova en 1990, (Peña-Casanova y Manero, 1995), focaliza en realidad la eficiencia

léxica y gramatical, pero no la comunicativa. Aunque su valor es innegable para el control evolutivo de las patologías, la eficiencia que se está valorando sigue siendo una eficiencia en el "decir", pero no en el "hacer" comunicativo que interesa a la pragmática. Como ocurría, por ejemplo, en la corriente de *análisis del contenido* desarrollada para la comunicación mediática¹⁸, el inventario de términos (más o menos adecuados) usados por el hablante resulta insuficiente para dar cuenta real de su conducta comunicativa. En este sentido nos parece pertinente la distinción clásica entre comunicación e información¹⁹: no podemos reducir la actividad del hablante afásico (de ningún hablante) a una actividad informativa, pues la comunicación es un concepto más amplio, que no puede apoyarse exclusivamente en el uso léxico y gramatical. La constatación de estas limitaciones por parte de profesionales y teóricos ha llevado al desarrollo de algunas líneas de investigación preocupadas por los aspectos de eficacia comunicativa real, con la consiguiente introducción de la perspectiva pragmática.

Tras la eclosión de estudios pragmáticos en la lingüística general de los 80, parecía inevitable el traslado de estas investigaciones a los diferentes ámbitos aplicados; aunque en el campo de las patologías esta imbricación interdisciplinar parece ofrecer más resistencia que en otros, encontramos notables propuestas de reflexión teórica y evaluación. Sin embargo, y a pesar de alusiones esporádicas a la "revolución pragmática" (Smith y Leinonen, 1992: 1), no hallamos todavía el efecto global que, por ejemplo, sufrió en los años 70 la enseñanza de segundas lenguas con la aparición del enfoque funcional-nocional (Wilkins, 1976). Como es sabido, la perspectiva pragmática cambió radicalmente la concepción de la enseñanza de lenguas extranjeras, desplazando el énfasis en la gramática y las estructuras sintácticas a un énfasis en los aspectos de eficacia comunicativa contextualizada. Lo que el *método nocional-funcional* y

¹⁸ El *análisis del contenido* era un método de análisis de textos propagandísticos, que pretendía desvelar la eficacia del mensaje persuasivo centrándose en sus contenidos léxicos. Se desarrolló sobre todo (trabajos de Lasswell, o de Berelson) en el *Institute for Propaganda Analysis* (1937-1941) y analizaba los temas principales de los textos mediante el "rastreo" de ciertas unidades léxicas repetidas y el establecimiento de redes semánticas. El marco teórico de referencia era el modelo de la Teoría Hipodérmica desarrollada por H. D. Lasswell entre los años 30 y 40, claramente conductista.

¹⁹ Una conocida metáfora semiótica explica que, a diferencia de la comunicación, la información puede cuantificarse en unidades discretas, de la misma manera que los telegramas: a tanto por palabra. Esta distinción podemos apreciarla también si pensamos en el conocido axioma de la Escuela de Palo Alto: "*lo imposible es no comunicar*" (no cabe un axioma del tipo "*lo imposible es no informar*"). Por último, también las máximas conversacionales definidas por Grice apuntan a la misma distinción, y tal y como señala el mismo autor, son los imperativos de la comunicación social (no de la información) los que explican sus transgresiones.

la más reciente *didáctica de tareas* proponen al alumno es la realización de actividades comunicativas reales (cuasi-reales), concibiendo el aula de idiomas casi como un laboratorio de ensayos: el profesor propone a los alumnos la realización de ciertas tareas, y a partir de ellas introduce en el aula los contenidos lingüísticos que, previsiblemente, el alumno podrá necesitar para ejecutarlas.

Un simple repaso a los LLBA de los últimos años permite constatar la creciente presencia de la pragmática en sus diversas secciones de "Neurolinguistics", "Language Therapy", "Language (Pathological and Normal)", etc. También en las revistas *Brain and Language* o *Aphasiology*, por ejemplo, son frecuentes los trabajos que defienden planteamientos de base pragmática en tres ámbitos distintos:

- del lado de la teoría, da pie a planteamientos innovadores de pretensión globalizadora;
- del lado de la aplicación, se manifiesta en iniciativas terapéuticas concretas y en pruebas de evaluación y diagnóstico.

2.1. Planteamientos teóricos

Dentro del panorama global de la investigación teórica sobre afasias encontramos interesantes propuestas de incorporación de la pragmática; sin ánimo de exhaustividad²⁰, y atendiendo al panorama bibliográfico, podemos destacar:

- En Alemania, Brigitte Stemmer, de la Universidad de Constanza (adscrita también al Instituto Universitario de Geriatria de Montréal), editó en 1999 un monográfico de *Brain and Language* con el título *Pragmatics: theoretical and clinical issues*, en el que señala cuatro tipos de estudios: 1) descripción detallada de las capacidades del sujeto con daño cerebral, a nivel estructural o interactivo; 2) investigación de aspectos procesuales del discurso; 3) investigación de la influencia del sistema cognitivo (memoria, atención, etc) en el proceso discursivo; y 4) estudios que relacionan el proceso discursivo con sustratos biológicos o mecanismos neurofisiológicos subyacentes.
- en Australia son varios los investigadores que manejan aportaciones teóricas y metodológicas de base pragmática. Destaca, por ejemplo, Alison Ferguson (de la Universidad de New Castle) por

²⁰ Obviamente, existen más investigadores que introducen la pragmática en sus planteamientos. Obler y Gjerlow (2000:130) citan, por ejemplo, estudios sobre mantenimiento de máximas conversacionales o dominio temático en pacientes con Alzheimer u otras demencias.

su atención a las categorías pragmáticas y a la toma de turno en hablantes afásicos. También en la Univ. de New South Wales, en Sydney, Skye McDonald investiga los desórdenes pragmáticos del hemisferio derecho.

- En Canadá, en el mismo Instituto Geriátrico de Montréal, Yves Joannette, Ana Inés Ansaldo, C. Vanhalle, Bernardette Ska, y André Roch Léclours, entre otros, han señalado la importancia teórica de describir las alteraciones comunicativas en pacientes con daño en el hemisferio derecho, definiendo así una "afasia pragmática" (Joannette y Ansaldo, 1999). Los planteamientos pragmáticos se mantienen también en la concepción y diseño de pruebas para obtener datos, lo que les lleva a utilizar contextos naturales de validez ecológica. También hay investigadores del *Hospital para niños enfermos* de Toronto (Maureen Denis, Karen Purvis, Marcia Barnes, Margaret Wilkinson) y de la Universidad de Ottawa (Linda García) que trabajan desde una perspectiva psicopragmática aspectos como el cambio de tema, la ironía, la broma o la indirección (Dennis *et al.*, 2001). También en Montréal, en el departamento de Lingüística de la Universidad McGill, Michel Paradis desarrolla sus estudios sobre afasia en sujetos bilingües, y propone el término "disiponoia"²¹ para designar los déficits afásicos que afectan a la pragmática (Paradis, 1999: 80).

- en España existen diversos grupos de investigación, con diferentes grados de interconexión, que utilizan enfoques pragmáticos para su acercamiento a los problemas de la afasia y de las patologías en general: por ejemplo, el grupo de lingüística general de la Universidade de Santiago de Compostela (Milagros Fernández y Ana I. Codesido), investigadoras de la Universidade de Vigo (Carmen Cabeza, Inmaculada Báez), psicólogos de la diplomatura de logopedia de la Universidad de Castilla-La Mancha (Félix Díaz), el grupo de lingüística general de la Universitat d'Alacant (Ángel Herrero, Irma M^a Muñoz...), o el grupo de lingüística general de la Universitat de València (Carlos Hernández, Montserrat Veyrat, Enrique Serra, Beatriz Gallardo), etc.

- En Italia, el Centro de Ciencia Cognitiva de la Universidad de Turín, cuenta con los trabajos de Bruno B. Bara, Maurizio Tirassa o Ilaria Cutica, cuya defensa de una neuropragmática interdisciplinar pone de relieve los beneficios que la pragmática puede aportar a las

²¹ "Dyshyponoia: ... Impairment of the use of linguistics pragmatics (e.g., the inability to draw correct inferences from the context or from general knowledge, leading to problems in the interpretation of indirect speech acts, metaphors, and in general of the unsaid component of an utterance)." (Paradis, 1999: 80)

neurociencias. Rechazan la visión fodoriana de la mente como red modular de sistemas de objetivos generales, y aceptan una arquitectura cerebral en términos de dominios específicos. Desde esta perspectiva, la competencia comunicativa aparece como una facultad cognitiva innata que gobierna un dominio específico de interacción sujeto-mundo²² (Tirassa, 1999; Bara y Tirassa, 2000). Sin embargo, la reivindicación de un marco disciplinar concreto, la teoría de la acción²³, les lleva (Tirassa, 1999: 420, 432) a separar la acción comunicativa y la acción lingüística, ya que asumen que la comunicación es independiente de los medios con que se ejecute; esta opción epistemológica supone considerar exclusivamente la comunicación intencional y, por tanto, excluir fenómenos como la comunicación no intencional descrita por los autores de Palo Alto (G. Bateson, P. Watzlawick), o todos los fenómenos pragmáticos de significación implícita con anclaje en el significante (presuposiciones, implicaturas conversacionales, indirección) o en las relaciones sociales (sobrentendidos). Este reduccionismo que separa la pragmática del lenguaje explica que no consideren afasia las alteraciones comunicativas de pacientes con daño en el hemisferio derecho.

- En Israel, en la Universidad de Tel Aviv encontramos las investigaciones de autores como Asa Kasher o Sara Meilijson, defensores de una neuropragmática de raíces generativistas. Este enfoque analiza el posible carácter modular de la pragmática (en el sentido de Fodor) y elabora una teoría modular de los actos de habla (Kasher y Meilijson, 1998) identificando dos tipos: actos básicos (aserciones, preguntas, órdenes y peticiones) que sí son modulares e inherentes al uso de una lengua, y otra clase más amplia de actos cuyo uso involucra el conocimiento añadido de normas sociales (esto es, de la competencia comunicativa en el sentido clásico de Hymes). No obstante, en trabajos posteriores sobre el deterioro de la pragmática en

²² La oposición se establece entre visiones de la mente como una arquitectura de módulos interconectados, dependientes de un sistema central de objetivos generales (Fodor) o bien una arquitectura de dominios específicos: "While, for example, most researchers would not subscribe to a Fodorian view of the mind/brain in terms of general-purpose central systems plus rigidly encapsulated input modules any longer, it is far from clear what alternative architectures should be considered. Compelling evidence from neuroscience, evolutionary psychology, and developmental psychology is in favour of a domain-specific architecture; this, however, cannot be conceived of as a network of Fodorian modules, because such modules can only exist in the service of the Language of Thought, that is, of precisely the domain-general central systems whose existence is questioned." (Bara y Tirassa, 2000: 12)

²³ Un marco disciplinar que no tiene ninguna relación con la Teoría de la acción desarrollada por el sociólogo Talcott Parsons, pues excluye cualquier condicionamiento contextual y atiende sólo a las creencias, deseos e intenciones del sujeto (Tirassa, 1999: 429).

pacientes de hemisferio derecho descartan la tesis modular²⁴. El análisis del lenguaje en pacientes con esquizofrenia lleva a Kasher, en colaboración con Eran Zaidel (de la Universidad de California), Rachel Giora y David Graves, a elaborar una *Batería Neuropragmática* (1991, inédita) donde exploran básicamente el dominio de los actos de habla básicos y de las implicaturas.

- en Inglaterra, uno de los grupos más destacados es el del departamento de Lingüística de la Universidad de Newcastle upon Tyne, donde encontramos investigadores como Ruth Lesser, Anne Whitworth, Kare Ryan, etc., que han elaborado varios protocolos de evaluación sustentados en las teorías del análisis conversacional etnometodológico. También en la Universidad de Sheffield trabajan investigadores que estudian alteraciones pragmáticas en sujetos con lesión HD (Surian y Siegal, 2001), dentro del marco de Teoría de la Mente.

- en Sudáfrica, en la Universidad de Witwatersrand, en Johannesburgo, Claire Penn, Dilys Jones y V. Joffe (autores de la Terapia de Discurso Jerárquico para Afásicos Leves, 1997) asumen una perspectiva pragmática que, entre otras cosas, obliga a la utilización de datos de validez ecológica (obtenidos en contextos naturales); su punto de partida es la competencia pragmática (Penn, 1999), y el análisis de los tres tipos de conocimiento que pueden verse afectados por el daño cerebral: el conocimiento de la lengua y sus estructura, el conocimiento del mundo, y el conocimiento de las leyes socio-comunicativas.

- en Suecia, en el departamento de Lingüística y del centro de Investigación Interdisciplinar (SSKKII) de la Universidad de Göteborg, Elisabeth Ahlsén es autora del ACA, *Activity Based Communication Analysis*, un enfoque interdisciplinar del habla afásica que atiende sobre todo a las restricciones pragmáticas.

2.2. Propuestas terapéuticas

²⁴ "the data do not support a strong modularity hypothesis for those functions of language use tapped by the HRHCB [Hebrew Right Hemisphere Communication Battery]. The functions are multifactorial. They do not involve the characteristics of modular systems, whether in the strict sense of Fodor (1983) or the wider sense of Kasher (1994). They do not involve restricted access to otherwise available information ("informational encapsulation", in Fodor's terms) and, as this article has shown, they are not specialized in either cerebral hemisphere, they correlate with more basic functions of language use as well as nonlinguistic functions, and they do not show uniform intrahemispheric localization" (Zaidel, Kasher, Soroker y Batori, 2002: 530).

Las iniciativas terapéuticas de base discursiva intentan superar la evaluación y tratamiento de unidades descontextualizadas, susceptibles sólo de una interpretación literal. Probablemente, dos de las propuestas más interesantes²⁵ en este sentido sean:

- la terapia de Conversación Asistida para Adultos Afásicos (SCA: "Supported Conversation for Aphasic Adults") desarrollada por la canadiense Aura Kagan desde 1998 en el Centro Pat Arato para Afasia (posteriormente integrado en el Instituto de Afasia). Se trata de un programa de entrenamiento dirigido a personas que se relacionan con hablantes afásicos; en cuatro días se les proporciona herramientas teóricas y estrategias conversacionales dirigidas a mejorar la eficacia comunicativa:

"Within this approach there is less emphasis on independent use of communication strategies by the aphasic partner and more emphasis on what the dyad achieves interdependently. The approach focuses on creating a feeling of autonomy for the aphasic partner, rather than working towards the traditional therapeutic goal of communicative independence 'per se'. The partner acts as a resource for the aphasic person and actively shares the communication load. SCA provides conversation partners with methods and materials for achieving this goal." (Kagan, 1998: 817)

- y la Terapia de Discurso Jerárquico para afásicos leves (*Hierarchical Discourse Therapy*) de los sudafricanos Claire Penn, Dilys Jones y V. Joffe, de la Univ. de Witwatersrand, Johannesburgo (1997). Tanto la evaluación como el tratamiento de los pacientes se sitúa en el nivel de procesamiento textual, e incorpora variables contextuales en términos de la tríada sistémica de campo, tenor y modo. Asumiendo planteamientos de constructivismo piagetiano²⁶, al hablante se le proponen tareas textuales (interpretar, analizar y describir) cuya evaluación permite establecer pautas individualizadas de rehabilitación.

²⁵ Existen otras propuestas de "entrenamiento" para los interlocutores de los hablantes afásicos: la PACE de Davis y Wilcox, el "entrenamiento conversacional" de Holland, o el "entrenamiento familiar" de Simmons y colaboradores.

²⁶ El punto de partida es una taxonomía de estrategias de aprendizaje (SOLO: Strategies of Observed Learning Outcomes) que los sujetos desarrollan de manera coherente en una situación multitarea; se distinguen cinco niveles básicos:

1. preestructural: sin relación lógica entre pregunta y respuesta (negativas, tautologías, transducciones)

2. monoestructurales: sólo se atiende a un aspecto relevante

3. multiestructurales: el aprendiz tiene en cuenta varios factores, pero sin saber relacionarlos

4. relacionales: se extrae correctamente una conclusión general a partir de ejemplos concretos

5. abstraccionales: el aprendiz es capaz de elaborar y extrapolar la situación dada, incorporando todos los datos relevantes (Penn et al, 1997: 603).

También existen pruebas diseñadas específicamente para el tratamiento de la pragmática, cuya alteración no se comprueba sólo en pacientes con lesión del hemisferio derecho, sino también a propósito de otros síndromes, por ejemplo de base genética. Así, en el excelente *Casos clínicos en logopedia, vol.3*, de Miguel Puyuelo y colaboradores (Puyuelo et al., 2001: 18), encontramos la siguiente descripción del Síndrome de Williams en niños:

"Los padres y profesores de estos niños relatan que, tras una aparente facilidad para entablar conversaciones, encuentran dificultades importantes para mantenerlas, lo cual podría llevarnos a pensar en problemas de tipo pragmático. La sensación, la mayoría de las veces, es que la persona con SW no tiene demasiado en cuenta al interlocutor para modelar su discurso, haciendo a menudo preguntas para las que no parece esperar respuesta. Existe, pues, un déficit en la capacidad para ponerse en el lugar del otro" (Puyuelo et al., 2001: 18)

El mismo libro presenta ejercicios específicos para el desarrollo de categorías pragmáticas (por ejemplo, los descritos por M. I. Conesa y M. J. Torres a propósito de un niño con síndrome de Klinefelter); se trata básicamente de actividades de dramatización donde se propone al niño que asuma papeles interactivos concretos, similares a los de la vida real. Con todo, según se desprende de la cita siguiente y de los ejercicios descritos, esta "perspectiva pragmático-comunicativa" no parece ser sino una perspectiva funcional, que atiende al uso instrumental del lenguaje pero que no profundiza en las categorías pragmáticas concretas (actos de habla, deixis, negación, intejección, presuposición, inferencias en general, indirección, fuerza ilocucional...):

"Con ellas [las actividades pragmáticas] se pretende prioritariamente la funcionalidad del lenguaje, intentando favorecer y potenciar los deseos de comunicación, así como una estructuración de la actuación lingüística lo más lógica posible dentro de las posibilidades del sujeto." (Puyuelo et al., 2001: 39)

2.3. La evaluación

También en la **esfera de la evaluación** hallamos algunas pruebas con una visión pragmática del lenguaje, que se dirige a la realización de actos eficaces y trata de rentabilizar la información contextual del paciente afásico. Entre estas pruebas²⁷, que remiten al *Functional Communication Profile* (FCP) elaborado por Martha Taylor Sarno en

²⁷ Las pruebas de evaluación que mencionamos no son siempre concebidas en el marco de la afasiología, sino por referencia a otras patologías.

1952, destacan (Peña-Casanova, Diéguez-Vide y Pérez Pamies, 1995b: 54):

- el PICA (*Porch Index of Communicative Abilities*), de B. E. Porch (Palo Alto, 1967)

- el CADL (*Communicative Abilities in Daily Living*), Holland 1980.

- Claire Penn publica en 1983 su *Profile of Communicative Appropriateness*.

- el *Test of Pragmatics Skills* es propuesto por B. Shulman en 1985, para la evaluación de niños con algún tipo de dificultad conversacional referida a las intenciones comunicativas. Mediante distintas actividades de juego (con muñecos, lápiz y papel, teléfonos y construcciones) se trata de provocar en el niño la realización de ciertos actos ilocucionales. Las reacciones de los niños se codifican en una escala de 6 niveles que comprende estas posibilidades: ausencia de respuesta, respuesta contextualmente inapropiada, propiedad contextual sólo en lo no verbal, respuesta apropiada pero de una sola palabra, respuesta apropiada de elaboración mínima (dos o tres palabras), y respuesta apropiada de elaboración plena (más de tres palabras).

- la *Right Hemisphere Communication Battery* (RHCB) fue desarrollada por H. Gardner y H. Brownell en 1986, en el Veterans Affairs Medical Center (VAMC) de Boston (Zaidel, Kasher, Soroker y Batori, 2002). Está dividida en cuatro apartados: humor (visual y verbal), emoción (prosodia), lenguaje no literal (peticiones indirectas, metáforas, inferencias), y procesos de integración (sarcasmo, desambiguación, discurso narrativo).

- el *Pragmatics Screening Test*, de P. Prinz y F. Weiner (1987), amplía el marco de investigación, incluyendo las habilidades de los niños para asumir perspectiva de oyente, y su dominio del discurso conversacional y narrativo; además, se incorpora también la información de un observador, el maestro del niño, que valora su conducta verbal general (Comti-Rasdem y McTear, 1989: 226).

- el PPECS (*The Pragmatics Profile of Early Communication Skills*, Hazel Dewart y Susie Summers, 1988). Se basa en un cuestionario sobre la conducta verbal infantil, que se administra a los padres u otros cuidadores. Los elementos evaluados son cuatro: intenciones comunicativas, respuestas, interacción conversacional y variación contextual. La principal crítica (Comti-Ramsdem y McTear, 1989:214) es la validez que pueda tener una información indirecta, proporcionada además por personas que generalmente carecen de formación metalingüística.

- el ALICC (*Analysis of Language-Impaired Children's Conversation*) desarrollado en 1989 por C. Adams y D. V. M. Bishop, no es exactamente una batería de tests, sino una propuesta de análisis de datos reales donde se cuantifican ciertos aspectos de la conducta verbal infantil (hablantes con retraso de lenguaje), y se describen ciertos usos inadecuados. El enfoque incorpora una perspectiva pragmática, ya que los elementos analizados son los típicos del análisis conversacional: estructura del intercambio, toma de turno y solapamientos, rectificaciones y cohesión textual. La premisa fundamental es que el análisis de estos aspectos y su comparación con la conducta verbal de niños sin patologías, ayuda a identificar los problemas comunicativos reales de los niños afectados.

- Sheila L. Wirz et al. publican en 1990 el REFCP, *Revised Edinburgh Functional Communication Profile*, que focaliza especialmente el análisis de las estructuras interactivas, con parámetros de comunicación verbal y no verbal.

- la *Right Hemisphere Language Battery*, publicada por Karen Bryan en 1991 asume también una base teórica pragmática, y presta atención específica a los desórdenes provocados por lesiones en el hemisferio derecho.

Entre todas estas pruebas destacamos dos por su planteamiento teórico subyacente: el *Protocolo Pragmático* de Prutting y Kirchner (1983) y el Perfil de Análisis Conversacional para Personas con Afasia (CAPPA: *Conversational Analysis Profile for People with Aphasia*) de Anne Whitworth, Lisa Perkins y Ruth Lesser (1997)

El *Protocolo Pragmático* de Prutting y Kirchner tiene 30 parámetros organizados en tres secciones que reflejan la estructura triple básica de la interacción (Poyatos, 1980): lenguaje, paralenguaje y comunicación no verbal. Los datos de análisis son dos conversaciones grabadas del sujeto con un interlocutor de confianza elegido por él, y con un interlocutor no familiar. A partir de estos datos, se observa el dominio de diversas categorías pragmáticas que aparecen reflejadas en el siguiente cuestionario:

ACTO COMUNICATIVO	USO APROPIADO	USO INAPROPIADO	SIN OBSERVACIÓN	EJS Y COMENTARIOS
<i>Aspectos verbales</i>				
A. Actos de habla				
1. Par adyacente				
2. Tipo de Acto de habla				
B. Temas de conversación				
3. Selección				
4. Introducción				
5. Mantenimiento				

6. Cambio				
C. Toma de turno				
7. Inicio				
8. Respuesta				
9. Rectificación - revisión				
10. Tiempo de pausa				
11. Interrupción - solapamiento				
12. Retroalimentación				
13. Adyacencia				
14. Contingencia				
15. Cantidad - concisión				
D. Selección léxica / uso en los actos de habla				
16. Especificidad / propiedad				
17. Cohesión				
E. Variaciones estilísticas				
18. Cambios de estilo comunicativo				
F. Inteligibilidad y prosodia				
19. Inteligibilidad				
20. Intensidad vocálica				
21. Calidad vocálica				
22. Prosodias				
23. Fluidez				
<i>Aspectos no verbales</i>				
G. Kinésica y proxémica				
24. Prox. física				
25. Contacto físico				
26. Postura corporal				
27. Movimientos de pies y piernas, y brazos y manos				
28. Gestos				
29. Expresión facial				
30. Mirada				

El Perfil de Análisis Conversacional para Personas con Afasia (CAPPA: *Conversational Analysis Profile for People with Aphasia*) de las inglesas Anne Whitworth, Lisa Perkins y Ruth Lesser (1997) presta atención a los interlocutores del hablante afásico, identificando al "interlocutor clave" (*key conversational partner*) como agente fundamental en la rehabilitación del afásico, en su doble papel de informante de las deficiencias comunicativas y de facilitador de la interacción efectiva. El planteamiento teórico y metodológico que subyace a esta propuesta es el análisis conversacional de raíz etnometodológica (H. Sacks, E. Schegloff, G. Jefferson, A. Pomerantz). El perfil consta de:

- una entrevista al interlocutor clave, donde se le propone un cuestionario acerca de la conducta verbal del paciente; se le pide que informe sobre la ocurrencia de ciertos actos en la conversación y, en

caso de que ocurran²⁸, que explique las estrategias comunicativas desarrolladas por ambos hablantes para paliar los posibles efectos negativos (no comunicativos). Cuando es posible, las mismas preguntas se plantean también al hablante afásico.

- una segunda entrevista que informa sobre la conducta comunicativa premórbida del paciente; se le pide información sobre los estilos comunicativos que eran típicos en ese hablante antes de la afasia, las situaciones comunicativas en que se desenvolvía con más frecuencia, cuáles eran sus interlocutores y temas habituales, etc. Se pide un contraste de estos datos con la situación del hablante en el momento de la afasia.

- un análisis conversacional de unos 10 minutos de conversación grabada entre el paciente afásico y su interlocutor clave, grabación que tiene lugar en la casa del paciente, no en la consulta médica.

<i>Área tratada</i>	<i>Pregunta</i>	<i>F</i>	<i>O</i>	<i>N</i>
Sección 1: Capacidades lingüísticas				
Fallos en encontrar las palabras	1. ¿Le cuesta encontrar la palabra adecuada cuando habla, y tiene que darse por vencido?			
Producción de circunloquios y rodeos	2. Si no encuentra la palabra adecuada, ¿usa descripciones y recurre a maneras más largas de decir lo que quiere decir?			
Producción de parafasias semánticas incorrectas	3. ¿Usa las palabras equivocadas sin corregirse él mismo después?			
Producción de parafasias fonémicas	4. ¿Confunde los sonidos en las palabras, aunque Ud. entienda lo que quiere decir?			
Producción de errores apráxicos	5. ¿A veces tiene que esforzarse para pronunciar los sonidos de una palabra?			
Abuso de pronombres y proformas	6. ¿Usa palabras como "él, ella", "aquí, ahí", "eso", "así"... sin que Ud. sepa a qué se refiere?			
Dificultad para indicar con seguridad SÍ y NO	7. ¿A veces dice "sí" en vez de "no" o al revés?			
Producción de lenguaje agramatical	8. ¿A veces pierde palabras en las frases, y suena como si fuera un telegrama?			
Producción de neologismos	9. ¿A veces habla diciendo palabras que no tienen ningún significado para Ud.?			
Producción de jergas	10. ¿A veces pronuncia frases largas que no tienen sentido completo, aunque las palabras aisladas sí están claras?			
Fallos de comprensión	11. ¿A veces tiene dificultades para entender lo que Ud. le dice?			
Sección 2: rectificaciones				
Capacidad para iniciar rectificaciones al turno del interlocutor	12. ¿Es capaz de indicarle cuándo no entiende lo que Ud. le dice?			

²⁸ El cuestionario que reproducimos señala si la conducta en cuestión ocurre frecuentemente (F), ocasionalmente (O) o nunca-casi nunca (N).

Capacidad para comenzar la autorrectificación	13. ¿Capta los errores de sus frases y trata de corregirlos por sí mismo?			
Capacidad para corregir los errores sin ayuda después de iniciar la autorrectificación	14. Cuando se da cuenta de que se ha equivocado y trata de corregir lo que ha dicho ¿lo consigue sin ayuda?			
Capacidad para rectificar cuando el interlocutor inicia la corrección	15. Cuando Ud. no le entiende, ¿es capaz de especificar más su lenguaje y expresarse mejor?			
Sección 3: inicio y toma de turno				
Capacidad para iniciar la conversación	16. ¿Inicia conversaciones con Ud.?			
Fallo para responder cuando se le selecciona como hablante	17. ¿Falla en responder cuando le toca hablar?			
Retraso para responder cuando se le selecciona como hablante	18. ¿Deja pasar largas pausas antes de responderle a Ud.?			
Producción de silencios largos durante el turno	19. ¿Se para a mitad de su turno de habla y deja silencios largos antes de seguir?			
Violación de los turnos del interlocutor	20. Cuando están conversando, ¿le interrumpe a Ud.?			
Fallo en la proporción conversacional	21. ¿Sus contribuciones a la conversación resultan excesivamente largas?			
Dependencia de toques mínimos	22. ¿Limita sus intervenciones a mínimos reconocimientos?			
Sección 4: Dominio temático				
Capacidad de empezar temas nuevos	23. ¿Introduce temas nuevos durante la conversación?			
Fallo en orientar al interlocutor hacia los temas nuevos	24. Cuando introduce un nuevo tema, ¿entiende Ud. dónde encaja con el tema previo?			
Capacidad de mantener los temas	25. ¿Puede mantener un mismo tema de conversación con Ud. durante un rato?			
Insistencia en temas favoritos recurrentes	26. ¿Tiene temas favoritos que repite con insistencia?			

Este tipo de estudios y propuestas ha ido consolidándose hasta establecer el cuerpo conceptual de una nueva subdisciplina, la neuropragmática, que en el ámbito teórico investiga las interrelaciones entre las categorías pragmáticas del habla y el funcionamiento cerebral, y en el ámbito aplicado diseña protocolos y programas de rehabilitación específicos para tales categorías. Como señala Codesido (2001: 650), del grupo de la Universidad de Santiago de Compostela, esta incorporación de la pragmática debe ser compatible y complementaria de la visión estructuralista que ha presidido las investigaciones anteriores.

3. La BLOC: un ejemplo de evaluación pragmática

En el panorama hispanohablante contamos con la valiosa aportación de las pruebas BLOC (*Batería de Lenguaje Objetiva y Criterial*) desarrolladas por M. Puyuelo, E. H. Wigg, J. Renom y A. Solanas (1997) e inspirada en el CRIL (*Criterion Referenced Inventory of Language*) de E. H. Wigg, de 1990. Estas pruebas han sido pensadas para la evaluación de sujetos de entre 5 y 14 años, con un habla en principio no patológica, pero las incluimos en este apartado debido al salto teórico que supone la intención explícita de evaluar la pragmática y porque su análisis puede ser representativo para otras pruebas similares. La batería de pruebas se organiza en tres secciones:

- 1) Morfología,
- 2) Sintaxis, y
- 3) Semántica y Pragmática.

En las pruebas referidas a la pragmática, los estímulos que se presentan al sujeto son dibujos de ciertas escenas (1."La clase", 2."El recreo", 3."El zoo", 4."La consulta del veterinario" y 5."El restaurante de comida rápida") y subescenas (A, B, C y D), a partir de las cuales el evaluador solicita cierta emisión ("Vamos a ver unos dibujos y a hablar sobre ellos"). Los actos de habla que se intentan provocar en el sujeto son los siguientes:

- saludos y despedidas
- reclamar la atención
- peticiones/ concesiones-negativas
- peticiones de información
- peticiones de confirmación o negación (preguntas polares)
- preguntas con pronombres interrogativos : "quién, qué, de quién, con qué"; "dónde, cuándo"; "de quién, para quién, a quién"; "por qué, cómo"
- comentarios de aprobación /desaprobación (emisión de juicios y segundos juicios)
- solicitudes de acción directas (órdenes y peticiones)
- solicitudes de acción indirectas
- protestas y disconformidades

Un análisis estrictamente pragmlingüístico de esta propuesta nos lleva a algunas reflexiones que podemos resumir en los siguientes puntos. Se trata de observaciones que no pretenden cuestionar la validez de la prueba, sino aportar matizaciones desde la perspectiva lingüística:

1. los tests utilizan una estructura de entrevista que condiciona las emisiones del sujeto, cuyos actos serán inevitablemente actos de

orientación interaccional reactiva (lo mismo sule ocurrir en las sesiones de consulta médica o de logopedia). Paradójicamente, las pruebas se plantean la obtención de *actos de habla* mayoritariamente iniciativos, lo cual obliga a optar por actividades "de fingimiento" que son contradictorias con la pragmática²⁹. Creemos que sería más adecuado evaluar la pragmática mediante otro tipo de *acontecimiento comunicativo* con un sistema de toma de turno más libre, como la conversación semidirigida que desde hace décadas utiliza la sociolingüística. Por otro lado, el análisis conversacional identifica estrategias y estructuras (básicamente, las *lateralizaciones*, cf. Gallardo 1993, 1994) que permiten desencadenar cierto tipo de acciones comunicativas en cualquier contexto; los profesionales podrían hacer uso de tales estructuras para controlar las emisiones de los sujetos evaluados y provocar determinados actos de habla.

2. aun en el caso de optar por este tipo de actividades ficcionales o "imaginativas"³⁰, nos parece conveniente inventar contextos fáciles y, sobre todo, verosímiles para el paciente. El siguiente contexto, planteado en teoría para provocar protestas en el sujeto, pertenece a la lámina titulada "La clase":

1.D. Introducción: Montse ve que Guillermo hace una caricatura de la directora. Montse se enfada y no quiere que continúe.

Prueba: ¿Qué dice Montse?

(¡Eh! ¡Para! La profesora se va a enfadar.)

Obviamente, el acto de habla de la protesta tiene una fuerza ilocucional típicamente expresiva (en el sentido de Searle, 1975), que corresponde a estados psicológicos del sujeto; la información contextual proporcionada sería más verosímil si, por ejemplo, se solicitara la queja de la profesora en cuestión, sin necesidad de involucrar a un tercer personaje (¿realmente se *enfada* una niña si un compañero caricaturiza a una profesora?).

También es necesario cuidar la adecuación entre los contextos propuestos y el tipo de acto de habla que se quiere desencadenar. Sin abandonar el acto de habla de la protesta, encontramos el siguiente ítem, perteneciente a la lámina de "El restaurante de comida rápida":

5.B. Introducción: Pedro recuerda que le ha dicho al camarero que no le ponga mostaza ni cebolla en su hamburguesa.

Prueba: ¿Qué dice Pedro para contárselo a sus amigos?

(Le he dicho que no me ponga ni mostaza ni cebolla.)

²⁹ "...researchers in the tradition of conversational analysis consider the 'real-life' conduct of participants as the central resource out of which the units of analysis, the formulation of rules and the structural organization emerges." (Stemmer, 1999b: 405)

³⁰ Utilizamos el término en el sentido de Halliday (1975), como utilización del lenguaje para crear un medio propio (en este caso, propio de la interacción terapéutica).

Como vemos, el entorno creado no se corresponde con el tipo de acto que se pretende evaluar; el ejemplo que se proporciona al evaluador no refleja una protesta (*acto ilocucional expresivo*) sino una información (*acto ilocucional representativo*); por otra parte, la acción de "recordar" involucrada en el ejemplo resulta equívoca y es innecesaria, tanto si se quiere desencadenar una protesta como un relato.

3. en general se observa un soporte teórico mínimamente desarrollado; el cuaderno explicativo señala que las pruebas ponen en juego las *máximas conversacionales* de Grice (Puyuelo *et al.*, 1997: 40), lo cual supone un avance teórico muy importante. Aun así, no se proporcionan pautas concretas al evaluador sobre cómo trabajar con estas inferencias, ni las propuestas de intercambios parecen reflejar una organización acorde a las máximas del *principio de cooperación*. En los datos de contextualización y en las instrucciones se utiliza repetidamente el verbo "insinuar" como único recurso para introducir *actos indirectos*:

1.D. Introducción: Raúl quiere ver uno de los libros que trae Beatriz. Quiere insinuarle que le gustaría leer uno, por eso le dice: "Esos libros parecen interesantes".

Prueba: ¿De qué otra manera puede insinuarle Raúl a Beatriz que le deje ver uno de los libros?

(¿Cuál has leído?)

4. la última observación tiene que ver con la verosimilitud global de los intercambios que se ofrecen de modelo al evaluador, porque se asume que existen modelos claros e inequívocos de respuesta para cada caso. Sin embargo, mientras las respuestas gramaticalmente correctas son casi siempre de inventario cerrado, las respuestas conversacionales tienen un amplio espectro de posibilidades adecuadas. En general, los ejemplos ofrecidos resultan equívocos en su presentación de las opciones corteses; a continuación mostramos dos casos bastante dispares al respecto, pertenecientes a las láminas del veterinario y el restaurante:

4.D. Introducción: La veterinaria da instrucciones a la señora Borrell sobre cómo ha de dar las medicinas al perro. La señora Borrell no ha entendido lo que la veterinaria ha dicho.

Prueba: ¿Qué dice la señora Borrell a la veterinaria?

(Perdone, ¿podría explicarme de nuevo cómo tengo que darle las medicinas al perro?)

5.A. Introducción: Este chico se ha puesto en la cola delante de Pablo. El camarero empieza a traer lo que el chico le pide. Pablo quiere que el camarero sepa que él iba primero.

Prueba: ¿Cómo dice Pablo esto?

(¡Oye! ¡Que yo voy primero!)

Como se ve, el ítem 4.D proporciona una alternativa con un nivel de cortesía que va más allá de la eficiencia comunicativa (¿por qué no un simple *No lo entiendo?*); el segundo caso muestra una complejidad adicional en el ejemplo propuesto: se supone que el sujeto ha de dar información a un interlocutor dirigiéndose en realidad a otro.

4. Los conceptos pragmáticos mínimos

Observaciones como las que acabamos de presentar, válidas para la mayoría de baterías empleadas, ponen de manifiesto la existencia de una serie de conceptos fundamentales, cuyo conocimiento es necesario para los profesionales que tratan a estos pacientes, tanto en el diagnóstico como en la rehabilitación.

Según hemos señalado, la dificultad que supone una evaluación de la pragmática se debe, precisamente, a la aparente no previsibilidad de la conducta conversacional, básicamente por el manejo simultáneo de los significados implícitos y explícitos. Si queremos evaluar la formación de plurales o la conjugación verbal en cierta lengua, es obvio que tenemos la gramática como punto de referencia, y que las emisiones del sujeto encajarán en las categorías de "correcto" o "incorrecto"; y lo mismo ocurre con los aspectos fonológicos y semánticos. Pero en pragmática un estímulo puede desencadenar distintos tipos de respuesta, y, según los casos, puede ocurrir que todas ellas sean correctas³¹. Esta pluralidad de respuestas posibles se adecua a unas reglas de encadenamiento de los turnos conversacionales que, a la vez, permiten la planificación previa y la predictibilidad de las emisiones.

Esta dialéctica entre reglas de formación e imprevisibilidad de la respuesta encubre, en realidad, la conocida oposición entre Skinner y Chomsky: si bien es cierto, como defiende Chomsky, que el sujeto hablante puede idear infinitos enunciados por mor de la creatividad, también tenía razón Skinner cuando defendía un encadenamiento concreto de estímulos y respuestas. Después de cierta petición, el hablante puede construir su respuesta de mil formas distintas, pero inevitablemente construirá una negativa o una concesión; y si no lo hace así, tendrá que asumir consecuencias que afectarán a su imagen y a la del interlocutor, en definitiva a su relación social. Además, el uso

³¹ Ruth Lesser (1978: 44) nos proporciona un ejemplo de esta pluralidad de sentidos: "A un paciente del tipo Wernicke se le propuso un conjunto de oraciones de las que tenía que juzgar cuáles eran anómalas y cuáles no, y aceptó como satisfactoria la siguiente: 'me comí algunos edificios para desayunar'. Al ser presionado para que explicara el por qué de tal elección, dio la siguiente respuesta: 'Tal vez es usted King-Kong o algo así'."

lingüístico organiza ese espectro de posibles reacciones según sus repercusiones sociales; en un polo se sitúan las emisiones representativas de usos socialmente gratificados (turnos *prioritarios*: aceptaciones, conformidades, concesiones), y en el otro polo, aquellas emisiones de efectos negativos para la imagen de los hablantes (turnos *no prioritarios*: rechazos, disconformidades, negativas). Como señala Fernández Pérez (2001: 661), en el ámbito de la reflexión teórica esta pluralidad cuestiona el concepto tradicional de "normalidad", y enfrenta al investigador a una consideración realista de la lengua y su uso.

Para ejemplificar esta diversidad, podemos volver a la BLOC, a propósito de los casos de prueba proporcionados para la evaluación de los saludos:

Escena 1. La clase.

Subescena A:

1.A. Introducción: Cuando las chicas llegan a la puerta de la escuela, al separarse, Juana le dice a su amiga María que se verán después de clase.

Prueba: ¿Qué dice Juana a María?

(*¡Adiós! Nos vemos más tarde./ Nos vemos después de clase.*)

Subescena C:

1.C. Introducción: La señorita Marta, la tutora, acaba de llegar a la clase. Sandra se la encuentra.

Prueba: ¿Qué le dice Sandra al verla?

(*Hola, señorita Marta./ Buenos días, señorita Marta.*)

El paradigma gramaticalista que hemos descrito en el punto anterior exigía al profesional de la afasiología un conocimiento mínimo de las categorías gramaticales puestas en juego para la evaluación, diagnóstico y rehabilitación. La inclusión del componente pragmático que venimos defendiendo, exigirá, paralelamente, que ese mismo profesional sepa objetivar las categorías pragmáticas utilizadas por el paciente (y por él mismo) en la interacción terapéutica. Creemos que esa formación mínima en pragmática deberá enfatizar los elementos que señalamos a continuación.

4.1. Acontecimientos comunicativos

En primer lugar, el profesional debe conocer explícitamente las diferencias entre dos tipos básicos de *acontecimiento comunicativo*: la conversación y la entrevista. Esto es fundamental, porque existen rasgos de la entrevista que en un contexto conversacional podrían ser juzgados como déficit; la paradoja surge porque el profesional ha de evaluar la conducta conversacional del enfermo en un contexto que no es conversacional. Por eso es necesario que conozca explícitamente

las reglas de toma de turno que diferencian ambos acontecimientos, a fin de poder facilitar la conducta del paciente. Esta situación de entrevista, como ya hemos mencionado al hablar de la BLOC, impone a los participantes una serie de restricciones (Gallardo, 1996), la más importante de las cuales tiene que ver con el reparto de papeles interaccionales.

Como ya señalaran Labov y Fanshell (1977: 32) en su clásico estudio sobre la entrevista psicoterapéutica, la relación entre el médico y el paciente (T y P en la codificación más habitual) es, ante todo, una relación de asimetría, tanto en el nivel institucional como en un nivel afectivo y emocional más profundo. En el terreno concreto de la interacción, esta asimetría se manifiesta con un reparto marcado de los tipos de intervención (Comti-Ramsdem y McTear, 1989: 208): a T le corresponden los turnos iniciativos, desencadenantes (preguntas sobre todo) y a P los turnos reactivos, desencadenados (respuestas); la alteración de este reparto se apoya, por lo general, en el recurso a "actividades de fingimiento" y a la creación de contextos ficticios, que pueden provocar algún tipo de resistencia psicológica en el paciente (Smith y Leinonen, 1992: 6). Por eso es recomendable superar tanto como sea posible el marco de la entrevista en pro de un marco conversacional, para el que tal vez se requiera la participación de, al menos, un tercer interlocutor. En este sentido, Comti-Ramsdem y McTear (1989:209) han señalado que el objetivo central de análisis no es ya el protocolo seguido por el paciente, sino la charla informal que tiene lugar antes y después.

Las restricciones comunes a todas las entrevistas terapéuticas (este reparto asimétrico de papeles interactivos), se ven agravadas además por la especial deficiencia comunicativa del interlocutor P. Por eso es necesario que el profesional sea capaz de objetivar los conceptos, unidades y estrategias básicas del discurso hablado.

4.2. La toma de turno

Otras observaciones se derivan de la alternancia de turnos entre P y T. El afasiólogo o el logopeda debe ser consciente en todo momento de que el hablante afásico tiene un *tempo* más lento que el conversador estándar, lo que significa que debe facilitar pausas para que su oyente tenga tiempo real de tomar la palabra y de terminar sus intervenciones. Esta relentización afecta a la transición entre turnos pero también al diseño interior del turno. Cuando el interlocutor no afásico ignora este aspecto, tiende a realizar dos errores básicos que perjudican al hablante afectado:

- si después de una pregunta el hablante afásico tarda en responder, proporciona *relanzamientos* y *versiones de insistencia*, es decir, movimientos de repetición del turno inicial. Así lo muestra el siguiente ejemplo, procedente de una entrevista de evaluación; como se ve, la doctora imprime al diálogo un ritmo más rápido de lo que necesita el enfermo, con intervenciones apremiantes y repetidas:

T.: vamos a ver/ a ver si me puede contar quéé-qué es lo que hay aquí/ en esta historia³²//a ver/ ¿qué es lo que ve? //cuénteme todo lo que vea

P. mira a los ojos a T. cuando le habla, y cuando le da la lámina se relaja en la silla y emite un leve resoplido. Señala con el índice de la mano izquierda una de las subescenas y comienza a hablar.

P.: y-o-[o

→T.: [a ver/ ¿qué es lo que ve ahí?

P.: sí/ y-y-y-y// sí

Movimiento en círculo con los dedos apiñados hacia abajo.

→T.: ¿qué son?

P.: ppo// dai

→T.: a ver, son unas ga↑

P.: sí/ o-o-o-o-y-y↑-a (Se apoya con movimiento de la mano.)

→T.: vamos a ver/ ¿y aquí³³ qué está sucediendo?/ a ver si me puede decir qué es lo que está sucediendo ahí

P. :y-y-y-yy³⁴// y-y-y [(oo-o)

→T.: [y se cae/ ¿no?

P.: sí

T.: ¿mm?/ ¿y aquí/ qué es lo que está sucediendo?

P.: (0.3)

→T.: ¿qué está haciendo? esto- es una señora/ ¿qué es lo que está haciendo?

[TR.1.01.]

- interpreta los silencios del hablante afásico como *lugares de transición pertinente*, y toma la palabra antes de que el interlocutor haya terminado con *turnos colaborativos*, es decir, emisiones que asumen la voz del interlocutor y completar el turno por él.

Estas dos conductas, lógicamente, resultan amenazantes para el interlocutor afásico y su imagen, y deben ser evitadas porque pueden provocar que se cohíba más o se sienta ofendido. El interlocutor no afásico debe ser consciente de la importancia de no *solapar* al paciente (hablar a la vez), pues esto amenaza su confianza en la propia habilidad.

Puesto que uno de los rasgos identificados como generales para la afasia (Lesser, 1978: 76) es la dilación en la respuesta, tanto en las

³² La doctora ha mostrado a la cámara la escena de las galletas del Test de Boston.

³³ Señala con el lápiz.

³⁴ Mira a los ojos a la doctora; articulación rápida; gesto ilustrador con la mano, dando golpecitos en el papel.

pruebas verbales como con otro tipo de estímulos, el profesional debe relentizar el ritmo de su diálogo. Por ejemplo, es frecuente que la construcción de turnos conversacionales presente en pacientes afásicos un ritmo distinto al habitual; en términos pragmáticos, esto plantea problemas con la identificación de los *lugares de transición pertinente* y con el tratamiento de los *silencios*. El terapeuta que entrevista a un paciente debe ser consciente de estas diferencias, y adecuar su diálogo en la medida de lo posible a esos ritmos distintos; una conducta facilitadora puede ser el uso de estrategias que ayuden al interlocutor afásico a identificar esos lugares de juntura (por ejemplo, el uso reiterado de *precierres*, de *marcadores de contraste* o de *estructuras de límite de tópico*).

4.3. Encadenamiento y predictibilidad

La toma de turno es el sistema que, en cualquier acontecimiento comunicativo, distribuye la palabra entre los participantes. Existe una toma de turno conversacional que los teóricos han definido por su ausencia de restricciones (Gallardo, 1996: 57)

- el orden de los hablantes no está predeterminado
- la duración de los turnos no está predeterminada
- el contenido de los turnos no está predeterminado
- el número de los participantes puede variar en el desarrollo de la conversación
- la longitud del encuentro no está predeterminada
- construcción pormenorizada, turno por turno³⁵.

En la construcción de los turnos, los hablantes se ven limitados por algunas imposiciones que se derivan del turno previo, y que responden a un concepto teórico desarrollado básicamente por los autores de la escuela de Birmingham (J. Sinclair y M. Coulthard, 1975): la *predictibilidad*. Un turno es predictivo cuando determinada de algún modo el turno posterior: por ejemplo, las preguntas, las invitaciones, los ofrecimientos, los saludos o las peticiones predicen la aparición de respuestas concretas. La asociación de dos tipos de intervención que mantienen una relación de predictibilidad es un *par adyacente*, que puede considerarse como la unidad básica del encadenamiento de los turnos, ya sea en la conversación o en la entrevista.

³⁵ Este rasgo significa que cada turno está directamente condicionado por el anterior, y su planificación está limitada a las restricciones sintácticas, semánticas y pragmáticas que se derivan de él. Un acontecimiento comunicativo donde esta construcción pormenorizada no existe sería, por ejemplo, el acto académico de la lectura de tesis, donde el protocolo permite que los miembros del tribunal hagan preguntas que no obtienen su respuesta en el turno inmediatamente sucesivo, sino aplazada hasta la intervención final del examinado.

La consideración de este rasgo conversacional nos lleva a analizar los distintos tipos de afasia según la permanencia o pérdida de las habilidades: conductas iniciativas, conductas reactivas, inferencias, interrupciones. De ahí la pertinencia de observar, como propone el CAPP, la facilidad del sujeto para entablar intercambios (es decir, para construir turnos predictivos) o para contestar (turnos predichos).

4.4. Otras categorías pragmáticas

El paciente afectado de alguna discapacidad lingüística no necesita dominar la gramática correctamente, sino ser capaz de comunicar actos intencionales, dotados de una *fuerza ilocucional* concreta, por lo que serán especialmente útiles los actos representativos (creencias, juicios), directivos (peticiones, preguntas, invitaciones, propuestas) y expresivos (agradecimientos, felicitaciones), y tendrá una importancia menor el entrenamiento de los actos compromisorios (promesas, juramentos) y declarativos.

También es especialmente importante proporcionarles un dominio mínimo de otras categorías pragmáticas como la *deíxis* o la *implicatura conversacional*. En situaciones deficitarias como las que viven estas personas, la recuperación ha de dirigirse a las funciones comunicativas fundamentales, y en ese contexto, la corrección gramatical se convierte en un elemento secundario. Lo interesante, pensamos, es proporcionarles herramientas comunicativas básicas que puedan aplicar a contextos no marcados, es decir, conversacionalmente prioritarios (para el concepto de *prioridad* o *preferencia conversacional*, cf. Gallardo 1996, 1998). Habrá que cuidar, por ejemplo, el manejo de los *pares adyacentes* mínimos, tal y como se construyen en contextos situacionalmente neutros. A partir del intercambio prototípico (es decir, el par pregunta-respuesta) puede ser interesante, por ejemplo, reforzar las estructuras rutinizadas que, con frecuencia, son más resistentes a la pérdida.

Otro aspecto de especial importancia es el tratamiento de las correcciones y rectificaciones en general, un tipo de *secuencias laterales* cuya frecuencia caracteriza inevitablemente el discurso afásico. No en vano el *Perfil de Análisis Conversacional* de Withworth, Perkins y Lesser presta especial atención a la conducta correctora del hablante afásico y su interlocutor.

Otro ámbito donde la pragmática resulta pertinente afecta a la incorporación en las pruebas de diagnóstico del *conocimiento enciclopédico* del paciente tipo, es decir, de un bagaje cognitivo y

sociocultural coherente con su entorno. El intento de proporcionar ítems descontextualizados que midan "realmente" el déficit del paciente lleva a introducir en las pruebas unidades léxicas que no pertenecen en absoluto a la realidad del paciente. Pensemos, por ejemplo, en las láminas de reconocimiento léxico que presentan (Test de Boston) un castor o unos zancos... ¿hasta qué punto resultan adecuadas estas imágenes en el paciente español de este momento?

Estas son sólo algunas reflexiones impresionistas que se nos plantean ante un posible cruce entre la pragmática y la neurolingüística; proponemos un diálogo interdisciplinar cuyos frutos se prevén equiparables a los que en su día tuvo la aplicación de la pragmática a otros ámbitos.

Bibliografía

- Aguado, Gerardo (1999): *Transtorno específico del lenguaje. Retraso del lenguaje y disfasia*, Málaga: Aljibe.
- Ahlsén, Elisabeth (1995): *Pragmatics and Aphasia. An Activity based approach*, monográfico 77 de *Gothenburg Papers in Theoretical Linguistics*.
- Avila, César; Lambon Ralph, Matthew A; Parcet, M. Antònia, Geffner, Daniel y González-Darder, José-Manuel (2001): "Implicit Word Cues Facilitate Impaired Naming Performance: Evidence from a Case of Anomia", *Brain and Language*, 79, pp.185-200
- Bara, Bruno G. y Tirassa, Maurizio (2000): "Neuropragmatics: Brain and Communication", *Brain and Language*, 71, pp. 10-14.
- Barroso, J. y Nieto, A. (1996): "Asimetría cerebral: hemisferio derecho y lenguaje", *Psicología Conductual*, 4-3, pp. 285-305.
- Bruner, Jerome (1982): "Los formatos de la adquisición del lenguaje", en J. L. Linaza (Comp.): *Acción, pensamiento y lenguaje*, Madrid: Alianza, 1984, pp. 173-185. Trad. de T. del Amo.
- Bryan, Karen (1994): *The Right Hemisphere Battery*, Whurr Publ., London.
- Cardebat, Dominique (1999): "Cognitive Neuroanatomy of Language", en Joan A. Argenter (Ed.): *Language, Brain and Behavior. Neurobiological Aspects of Linguistic Capacities and Language Processing*, Barcelona: Institut d'Estudis Catalans, pp. 25-34.
- Codesido García, Ana Isabel (2001): "Operatividad del enfoque pragmático en el marco de la terapéutica del habla y del lenguaje: un ejemplo en la evaluación lingüística", en I. de la Cruz, C. Santamaría, C. Tejedor y C. Valero (Eds.): *La lingüística aplicada a finales del siglo XX. Ensayos y propuestas*, Salamanca, Univ. de Alcalá de Henares, pp. 649-654.
- Comti-Ramsdem, Gina y McTear, Michael (1989): "Assessment of Pragmatics", en Grundy (Ed.), pp. 206-233.
- Crystal, David (1971): *Patología del lenguaje*, Madrid: Cátedra, 1989. Trad. de M. L. Sánchez.

Gallardo Paúls, Beatriz (2002): «Fronteras disciplinarias: pragmática y patología del lenguaje», en C. Hernández y E. Serra (Eds): *Estudios de lingüística clínica*. Valencia: Servei de Publicacions de la Universitat de València, pp. 129-174. ISBN: 84-7642-669-0 Depósito legal: SE-4085-2002

- Cuetos Vega, Fernando (1998): *Evaluación y rehabilitación de las afasias. Aproximación cognitiva*, Madrid, Editorial Médica Panamericana.
- Delis, Dean C. y Bihrlé, Amy M. (1989): "Fraccionamiento de la cognición espacial como consecuencia del adañó cerebral focal y difuso", en Ostrosky-Solís, F. y Ardila, A. (Eds.), pp. 32-52.
- Dennis, Maureen; Purvis, Karen; Barnes, Marcia; Wilkinson, Margaret y Winner, Ellen (2001): "Understanding of Literal Truth, Ironic Criticism, and Deceptive Praise Following Childhood Head Injury", *Brain and Language*, 78, pp.1-16
- Escandell, M. Victoria (1993): *Introducción a la pragmática*, Anthropos-UNED.
- Fernández Pérez, Milagros (2001): "El enfoque pragmático en el diseño y proyección de pruebas de evaluación lingüística en edad infantil", en I. de la Cruz, C. Santamaría, C. Tejedor y C. Valero (Eds.): *La lingüística aplicada a finales del siglo XX. Ensayos y propuestas*, Salamanca, Univ. de Alcalá de Henares, pp. 655-662.
- Fisiak, Jacek, 1981: "Some introductory notes concerning contrastive linguistics" en Fisiak (Ed.): *Contrastive Linguistics and the Language Teacher*, Oxford, Pergamon Press, pp. 1-12
- Fromkin, Victoria (2000): "Brain, Language and Linguistics", *Brain and Language*, 71 pp. 72-74.
- Gallagher, Roberta (1991): "Evaluación neuropsicológica: enfoque centrado en el proceso", en Helm-Estabrooks y Albert, pp. 73-89.
- Gallardo Paúls, B. (1992): "El dinamismo conversacional: subsunción y feed-back. Carácter acumulativo de los elementos conversacionales", *Comunicación y sociedad*, VOLUMEN V, Núms. 1 y 2, pp.51-75.
- Gallardo Paúls, B. (1994): "La pertinencia del análisis conversacional para la obtención de documentos orales", *Saitavi XLIV*, pp.227-247
- Gallardo Paúls, Beatriz (1996): *Análisis conversacional y pragmática del receptor*, Valencia: Episteme.
- Gallardo Paúls, Beatriz (2001): "La investigación de los déficits pragmáticos", en *Congreso Internacional sobre nuevas tendencias en la Lingüística*, Granada, noviembre de 2001.
- Garolera, Maite y Vendrell, Josep M. (2001): "Semiología cognitiva del lesionado cerebral"
- Goffman, E. 1971, *Relaciones en público. Microestudios de orden público*, Madrid, Alianza, 1979.
- Goodglass, Harold y Kaplan, Edith (1983): *Evaluación de la afasia y trastornos relacionados*, Madrid, Editorial Médica Panamericana, 1996. Trad. de Carlos Wernicke. Adaptación de J. E. García-Albea, M.L. Sánchez Bernardos y S. del Viso.
- Grundy, Kim (Ed.) (1989): *Linguistics in Clinical Practice*, London: Whurr Publ., 1995.
- Güell, Marta y Olivé, M. Àngels (2001): "Rehabilitación de la afasia", en Puyuelo et al. (2001): *Casos clínicos en logopedia*, 3, pp. 145-208.
- Halliday, Michael A.K. (1975): "Aprendiendo a conferir significado", en Eric H. Lenneberg y Elizabeth Lenneberg (comps.): *Fundamentos del desarrollo del lenguaje*, Madrid, Alianza, 1982, pp. 239-267. Trad. de Pilar Soto et al.
- Helm-Estabrooks, Nancy, y Albert, Martin L. (1991): *Manual de terapia de la afasia*, Madrid, Ed. Médica Panamericana. Trad. de Sara B. Fernández Guinea.

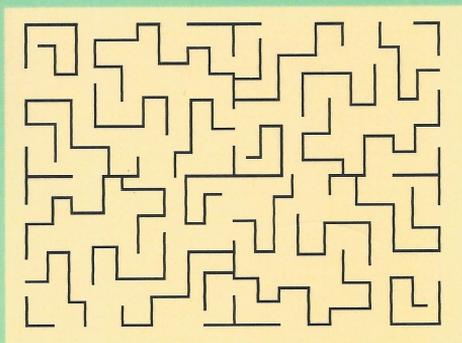
Gallardo Paúls, Beatriz (2002): «Fronteras disciplinarias: pragmática y patología del lenguaje», en C. Hernández y E. Serra (Eds): *Estudios de lingüística clínica*. Valencia: Servei de Publicacions de la Universitat de València, pp. 129-174. ISBN: 84-7642-669-0 Depósito legal: SE-4085-2002

- Hernández Sacristán, Carlos (1983): "Relaciones de subsunción en la estructura de una lengua natural", *Cuadernos de Filología*, 1-3, pp. 37-66.
- Ince, Elizabeth y Christman, Stephen D. (2002): "Semantic Representations of Word Meanings by the Cerebral Hemispheres", *Brain and Language*, 80, pp. 393-420.
- Janz, Lourdes, Renom, Marta y Pujol, Elena (2001): "Rehabilitación cognitiva del lesionado cerebral", *Curso de verano de la Escola de Patologia del Llenguatge del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau*, Barcelona, julio de 2001.
- Joanette, Yves y Ansaldo, Ana Inés (1999): "Clinical Note: Acquired Pragmatic Impairments and Aphasia", en Stemmer Ed., 529-534.
- Joanette, Yves y Brownell, Hiram H. (Eds) (1990): *Discourse Ability and Brain Damage*, Springer-Verlag, Nueva York.
- Jorques, Daniel (1998): "Sentido pragmático y comunicativo de los procesos cognitivos de atención y memoria", en Carlos Martín Vide, Ed., *XI congreso de lenguajes naturales y lenguajes formales*, pp 439-446.
- Kagan, Aura (1998): "Supported Conversation for Adults with Aphasia: Methods and Resources for Training Conversation Partners", *Aphasiology*, 12, 9, Sept., pp. 816-830
- Kasher, Asa (1991): "Pragmatics and Chomsky's Research Programme", en A. Kasher (Ed.): *The Chomskyan Turn*, Blackwell, Oxford, pp. 122-149.
- Kasher, Asa y Meilijson, Sara (1998): "On the modularity of Speech Acts", en *Chomsky Festschrift*, MIT Press
- Lenneberg, Eric H. (1968): "En busca de una teoría dinámica de la afasia", en Eric H. Lenneberg y Elizabeth Lenneberg (comps): *Fundamentos del desarrollo del lenguaje*, Madrid, Alianza, 1982, pp. 319-338. Trad. de Pilar Soto *et al.*
- Lesser, Ruth (1978): *Investigaciones lingüísticas sobre la afasia*, Barcelona: Ed. Médica y Técnica, 1983. Trad. de Alberto Cardín Garay.
- Love, R. J. y Webb, W. G. (1996): *Neurología para los especialistas del habla y del lenguaje*, Madrid: Ed. Médico Panamericana, 1998. Trad. de J. M. Rodríguez Santos.
- Luria, A. R. (1968): "Problemas básicos del lenguaje a la luz de la psicología y la neurolingüística", *Simposio sobre investigación cerebral y conducta humana* convocado por la UNESCO y la IBRO (International Brain Research Organization), ed. en Eric H. Lenneberg y Elizabeth Lenneberg (comps) (1975): *Fundamentos del desarrollo del lenguaje*, Madrid, Alianza, 1982, pp. 369-396. Trad. de Pilar Soto *et al.*
- Mendoza, Elvira (2002): "La pragmática en el TEL: el trastorno semántico-pragmático", *Primera Jornada sobre Trastorno Específico del Lenguaje*, organizada por la Asociación Valenciana de Padres de Niños con Trastornos Específicos del Lenguaje, junio de 2002.
- Obler, Loraine K. y Gjerlow, Kris (2000): *El lenguaje y el cerebro*, Cambridge University Press, Madrid, 2001. Trad. de Eva Méndez y Pedro Tena.
- Ostrosky-Solís, Feggy y Ardila, Alfredo (1989): *Cerebro y lenguaje. Perspectivas en la organización cerebral del lenguaje y de los procesos cognoscitivos*, México, Trillas. Trad. de Roberto A. Prado-Alcalá.
- Paradis, Michel (1999): "What Bilingual Aphasia Tell Us About Language Processing in the Unilingual Brain", en en Joan A. Argenter (Ed.): *Language, Brain and Behavior. Neurobiological Aspects of Linguistic*

- Capacities and Language Processing*, Barcelona: Institut d'Estudis Catalans, pp. 77-93.
- Patry, Richard y Nespoulous, Jean-Luc (1990): "Discourse Analysis in Linguistics: Historical and Theoretical Background", en Yoanette y Bronwell (Eds.), pp.3-27.
- Penn, Claire (1999): "Pragmatic Assessment and Therapy for Persons with Brain Damage: What have Clinicians Gleaned in Two decades?", en B. Stemmer, Ed., 535-552.
- Penn, Claire; Jones, Dilys; y Joffe, V. (1997): "Hierarchical Discourse Therapy: A Method for the Mild Patients", *Aphasiology*, 11, 6, June, pp. 601-613.
- Peña-Casanova, Jordi y Pérez Pamies, Montserrat (Eds.) (1995): *Rehabilitacióin de la afasia y transtornos asociados*, Barcelona, Masson.
- Peña-Casanova, Jordi y Manero, Rosa Mª (1995): "El perfil de eficiencia comunicativa: control evolutivo de la terapia", en Peña-Casanova y Pérez Pamies (Eds.), pp. 63-66.
- Peña-Casanova, Jordi, Diéguez-Vide, Faustino y Pérez Pamies, Montserrat (1995b): "Exploración de base del lenguaje para una orientación terapéutica", en Peña-Casanova y Pérez Pamies (Eds.), pp. 29-62.
- Peña-Casanova, Jordi, Diéguez-Vide, Faustino y Pérez Pamies, Montserrat (1995c): "Tipos clínicos de afasias y alteraciones asociadas", en Peña-Casanova y Pérez Pamies (Eds.), pp. 67-90.
- Peña-Casanova, Jordi, Pérez Pamies, Montserrat, Manero, Rosa M. y Bertran-Serra, I. (1995): "Rehabilitación del discurso y dela comunicación (aspectos pragmáticos)", en en Peña-Casanova y Pérez Pamies (Eds.), pp. 231-241.
- Puyuelo, Miguel, Wiig, Elisabeth H., Renom, Jordi y Solanas, Antonio (1997): *BLOC: Bateria de Lenguaje Objetiva y Criterial*, Barcelona, Masson.
- Puyuelo, Miguel et al. (2001): *Casos clínicos en logopedia*, vol. 3, Barcelona, Masson.
- Roger, D. y Bull, D.,1989, Eds: *Conversation*, Clevedon, England: Multilingual Matters.
- Sangorrín, J. (1987): "Las pruebas de capacidad comunicativa en el afásico. El PICA", en Peña-Casanova (Ed.): *La exploración neuropsicológica. VII Congreso Nacional de Neurología*, Barcelona, MCR.
- Searle, John R. (1976) "A classification of illocutionary acts", *Language in society*, 5, pp.1-23.
- Seron, X. y Feyeresein, P. (1982): "Neurolingüística", en J. A: Rondal y X. Seron (Eds.) (1982): *Trastornos del lenguaje, I. Lenguaje oral, lenguaje escrito, neurolingüística*, Barcelona, Paidós, 1991, pp. 193-241. Trad. de N. Pérez de Lara.
- Sinclair, John y Coulthard, Malcolm (1975): *Towards an analysis of discourse*, London: Oxford University Press.
- Smith, Benita Rae y Leinonen, Eeva (1992): *Clinical Pragmatics. Unravelling the complexities of communicative failure*, London, Chapman & Hall.
- Stemmer, Brigitte (Ed.)(1999): *Pragmatics: Theoretical and Clinical Issues. Brain and Language*, Vol. 68, Number 3, July 1999.
- Stemmer, Brigitte (1999a): "An On-Line interview with Noam Chomsky: On the nature of pragmatics and related issues", en Stemmer, Ed., pp. 393-401.
- Stemmer, Brigitte (1999b): "Discourse Studies in Neurologically Impaired Populations: A Quest for Action", en Stemmer, Ed., pp. 402-418.
- Stevens, S. H. (1997): *Dificultades en el aprendizaje, éxito en el aula*, Barcelona: Apóstrofe, 1999. Trad. de J. Estrella.

- Surian, Luca y Siegal, Michael (2001): "Sources of Performance on Theory of Mind Tasks in Right Hemisphere-Damaged Patients", *Brain and Language*, 78, pp. 224-232.
- Tirassa, Maurizio (1999): "Communicative Competence and the Architecture of the Mind/Brain", en Stemmer, Ed., pp. 419-441.
- Van Dijk, T. 1978, *La ciencia del texto*, Barcelona, Paidós, 1980. Trad. de S. Hunzinger.
- Vanhalle, C., Lemieux, S., Ska, B. y Joannette, Yves (2000): "The evaluation of the Ability of Right-Hemisphere-Damaged Patients to Process Speech Acts: An Ecological Approach", *Brain and Language*, 74: *Academy of Aphasia Meeting*, pp. 483-486.
- Vendrell Brucet, Josep M. (1993): "Rehabilitación de la afasia", en J.L.Martí-Vilalta (Ed.): *Enfermedades vasculares cerebrales*, Barcelona, Ed. MCR.
- Veyrat, Montserrat y Serra, Enric (2002): "Estudio de las estereotipias en el lenguaje patológico: perspectiva lingüística", en el *IV Congreso de Lingüística General*, León, marzo de 2002.
- Whitworth, Anne; Perkins, Lisa; y Lesser, Ruth (1997): *Conversational Analysis Profile for People with Aphasia*, Whurr Publ., London.
- Windmann, Sabine; Daum, Irene; y Güntürkün, Onur (2002): "Dissociating Prelexical and Postlexical Processing of Affective Information in the Two Hemispheres: Effects of the Stimulus Presentation Format", *Brain and Language*, 80, pp. 269-286.
- Zaidel, Eran; Kasher, Asa; Soroker, Nachum; y 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.

ESTUDIOS DE LINGÜÍSTICA CLÍNICA



Carlos Hernández Sacristán
Enrique Serra Alegre
(coords.)

ESTUDIOS DE LINGÜÍSTICA CLÍNICA

Carlos Hernández Sacristán
Enrique Serra Alegre
(Coordinadores)

La publicación de esta obra forma parte de las actividades enmarcadas en los Proyectos de Investigación BFF2001-3234-C02-01/02: *Evaluación lingüística de déficits comunicativos que inciden en Gramática* (financiado por el Ministerio de Ciencia y Tecnología), y GV00-168-0: *Análisis lingüístico de las patologías del lenguaje* (financiado por la Generalitat Valenciana).

© Los autores, 2002

Edita: Nau Llibres
Periodista Badía, 10
46010 – Valencia
Tel. 963603336 Fax. 963325582
<http://www.naullibres.com>

Imprime:
Publicaciones Digitales, S.A.
www.publidisa.com – (+34) 95.458.34.25. (Sevilla)

ISBN: 84-7642-669-0

Depósito legal: SE-4685-2002

ÍNDICE

Presentación.....	5
MILAGROS FERNÁNDEZ PÉREZ: Importancia de los modelos lingüísticos en el estudio de los trastornos comunicativos.....	9
ÁNGEL LÓPEZ GARCÍA: Inestabilidad emocional y terapia lingüística.....	27
JOSÉ LUIS MIRALLES: Interpretación cognitiva de los trastornos del lenguaje.....	53
MONTSERRAT VEYRAT RIGAT Y ENRIQUE SERRA ALEGRE: Una perspectiva lingüística para el estudio de las estereotipias en el discurso afásico.....	71
AMPARO CABRERA VALLET: La tartamudez en la pantalla.....	85
MARISA PÉREZ JULIÁ: <i>Lingüística perceptiva y patologías del lenguaje</i>	99
BEATRIZ GALLARDO PAÚLS: Fronteras disciplinarias: pragmática y patología del lenguaje.....	129
CARLOS HERNÁNDEZ SACRISTÁN: Patología verbal: sistemática para una orientación holista en el procesamiento del lenguaje.....	175