

Lingüística en contextos clínicos: la lingüística clínica¹

Beatriz Gallardo Paúls

Universitat de València, España.

Beatriz Valles González

Universidad Pedagógica Experimental
Libertador, Venezuela



Resumen

El presente artículo aborda la descripción del ámbito de la lingüística clínica. Con este fin las autoras analizan el concepto de esta disciplina, la producción en investigación desarrollada en la última década en diferentes países americanos y europeos, las publicaciones en el área, los modelos teóricos que han sustentado el estudio y el concepto de déficit lingüístico. Con respecto al primer aspecto se concluye que la lingüística clínica cubre sobre todo la aplicación de la lingüística al campo de las patologías del lenguaje, y su manifestación profesional más directa es, obviamente, la logopedia, terapia del lenguaje o fonoaudiología. En lo referente a la investigación y a las publicaciones, se resalta el trabajo de lingüistas y logopedas de diversas universidades, quienes con su labor han influido positivamente en el estudio y comprensión de los trastornos del lenguaje, especialmente de las afasias y de las demencias. En cuanto a los modelos teóricos, se concluye que el interés por la competencia comunicativa de los hablantes con déficit se ha convertido en un punto tan importante, que ha generado consecuencias directas en la práctica clínica y en el propio estudio del trastorno, pues actualmente se hace necesaria una visión amplia que incluya lo lingüístico, lo psicológico y lo social y además, hacerlo desde un marco interdisciplinario, donde diferentes saberes y puntos de vista se conjuguen.

Abstract

This article focuses on the description of the field of clinical linguistics. Here, the authors analyze the concept of this discipline, the research production during the last decade in various American and European countries, publications in the area, and the theoretical models that underpinned the concept and the study of linguistic deficit. Regarding the first aspect, it is concluded that clinical linguistics mainly covers the application of linguistics to the field of speech-language pathologies, and its most direct professional manifestation is logopedy, speech pathology or and fonoaudiology. Regarding research and publications, authors highlight the work of linguists and logopedics from various universities, who with their work have positively influenced the study and understanding of language disorders, especially of the aphasia and dementia. As for the theoretical models it is concluded that the interest in the communicative competence of speakers with a deficit has become an important point, which has generated a direct impact on clinical practice and on the study of the disorder itself, for now it requires a broad vision that includes the linguistic, psychological and social aspects and also to do so from an interdisciplinary framework, where different knowledge and perspectives are combined.

1. Introducción: Lingüística y clínica

El panorama de la investigación actual (y los procesos de evaluación institucional de la misma) nos lleva inevitablemente a buscar la dimensión aplicada de nuestros estudios; no cabe ya la idea del investigador encerrado en su torre de marfil, analizando el mundo de espaldas a él.

Para la tradición lingüística hasta bien entrada la segunda mitad del siglo XX esa aplicación ha sido fundamentalmente la dedicada a la enseñanza de lenguas extranjeras (y esto es especialmente cierto para la lingüística hispánica); durante décadas, “lingüística aplicada” y “enseñanza de lenguas” han sido concebidas y explicadas como campos coincidentes. La historiografía nos enseña, de hecho, que la aparición de otras aplicaciones, como pueda ser la planificación de política lingüística, se adscribían a ámbitos disciplinares que no eran concebidos como estrictamente lingüísticos, lo que se explica, generalmente, por la concepción “territorial” de las áreas de conocimiento y la acotación de espacios disciplinares, un factor que ha bloqueado notablemente la ampliación de los ámbitos de aplicación de la lingüística (con la clara complicidad de los lingüistas en cuestión²).

En estas páginas pretendemos describir un ámbito de aplicación estrictamente lingüístico (y a la vez, necesariamente interdisciplinar) que se ha ido consolidando en el ámbito hispánico e internacional durante las últimas décadas: la lingüística clínica. Crystal (2001: 681) sitúa su aparición en la década de los años 60, y Howard (2002) en la de los 70.

Nuestro planteamiento será el de dar respuesta genérica, de presentación global, a un posible estudiante de lingüística que pretendiera doctorarse en este campo de especialización aplicada o a cualquier investigador que precise conocer el campo de acción de dicha disciplina. En tal situación, ella, o él, tiene a su disposición toda la red para seleccionar la información de interés; nuestra tarea será la de actuar como guía en esa búsqueda de información.

2. Una revisión del panorama de investigación

Aunque la situación actual de los planes de estudio no ofrece a los estudiantes de lingüística o filología facilidades para familiarizarse con el ámbito clínico, poco a poco van surgiendo iniciativas más o menos aisladas que proporcionan al futuro doctorando un punto de partida; en ocasiones, la docencia de lingüística en el título de logopedia ha facilitado la consolidación de esas iniciativas individuales, ya que todos los estudiantes de Logopedia del plan español de 2000 deben cursar una asignatura troncal denominada “Lingüística general y aplicada”, a la que las diferentes universidades suelen añadir alguna asignatura obligatoria u optativa sobre fonología clínica, bilingüismo, etc.; además, en la revisión de planes de estudio que ha supuesto la adaptación al Espacio Europeo de Educación Superior, la Lingüística es, obviamente, una de las materias básicas de Logopedia. Sin embargo, los estudiantes de Filología y Lingüística (que, a diferencia de los diplomados en Logopedia, sí pueden acceder al tercer ciclo), no disponen de créditos específicos para estos temas, y por lo general, su inclusión en los temarios depende tan sólo del interés del profesorado.

La lingüística clínica cubre sobre todo la aplicación de la lingüística al campo de las patologías del lenguaje, y su manifestación profesional más directa es, obviamente, la logopedia, terapia del lenguaje o fonoaudiología. Los estudios de lingüística clínica tienen gran tradición en la lingüística aplicada anglosajona, y han propiciado la creación de departamentos universitarios interdisciplinarios, llamados por lo general “Departamento de desórdenes del habla”, “Departamento de alteraciones del habla y la comunicación”, “Departamento de ciencias y alteraciones de la comunicación”. Como hemos dicho, las universidades españolas no ofrecen esta tradición tan marcadamente interdisciplinar y, por el contrario, propician la separación estricta de las áreas de conocimiento en compartimentos (y departamentos) estancos. Con todo, probablemente los grupos de

investigación con más entidad en estos temas sean el [grupo Koiné](#) de la Universidad de Santiago de Compostela, dedicado a temas de adquisición y coordinado por la Dra. Milagros Fernández, y el grupo surgido en la Universitat de València en torno a la elaboración del [Corpus PerLA](#) (Percepción, Lenguaje y Afasia). Además, hay otros grupos consolidados que resultan de gran interés en nuestro ámbito, aunque su formación no es de base lingüística sino médica o psicológica; entre ellos destacamos los grupos coordinados por Jordi Peña-Casanova en la Universitat de Barcelona (de amplia trayectoria en el ámbito de las afasias y las demencias), por Fernando Cuetos en la Universidad de Oviedo (investigación sobre afasias, demencias tipo Alzheimer), y por Miquel Serra también en la Universitat de Barcelona (investigaciones imprescindibles sobre adquisición del lenguaje, y participación en el [Proyecto Childes](#), junto a investigadores de otras universidades como Eliseo Díez Itza, Sonia Mariscal, y otros).

También en universidades latinoamericanas encontramos grupos interesantes que se han dedicado a la investigación del discurso de poblaciones con Afasias o con Alzheimer, como el Grupo Interdisciplinario de Estudios Neurolingüísticos (GEN) coordinado por Lourdes G. Pietrosemoli en la Universidad de Los Andes (Venezuela) y el de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador (Venezuela), donde se diseñó una titulación en Lingüística Clínica, dirigida a terapeutas del lenguaje (logopedas); el grupo de Luis Martínez en la Universidad de Talca, con un interesante Magíster en Trastornos del Lenguaje (Chile); el de Beatriz Labos en la Universidad de Buenos Aires (Argentina); o el de Ana Paula MacKay, en la Universidad de Santa Casa (Brasil) centrado en la investigación en Afasias y diversos tipos de demencias, por citar solo algunos.

Existe otra interesante línea de investigación en lingüística clínica que se aleja de los problemas vinculados a las patologías del lenguaje y se centra en otros conflictos comunicativos propios de espacios clínicos. Los temas de interés para esta línea sociopragmática de indagación son, por ejemplo, los problemas lingüísticos en la atención médica a inmigrantes (Gràcia 2006; Valero 2006), el análisis conversacional en la interacción entre pacientes y profesionales sanitarios (Díaz 2006, Escavy 2006), o también lo que Bernardo y Pellisser (2006) han denominado “la construcción mediática de la sanidad”.

2.1. Estudios

En el curso 2008-2009 no hay postgrados específicos, reglados, que permitan a estudiantes españoles la especialización en lingüística clínica, por lo que la opción habitual está siendo la realización de postgrados de psicología, que tocan muy parcialmente los temas de patologías del lenguaje, y desde perspectivas diferentes a la nuestra; es probable que la conversión de la diplomatura de Logopedia en grado facilite pronto la aparición de cursos de especialización, habida cuenta de que los logopedas podrán optar a la realización de terceros ciclos y tesis doctorales.

Como alternativa, una opción realmente especializada en este ámbito es el Máster europeo [Erasmus Mundus](#) en Lingüística Clínica, que se imparte en inglés y en el que participan la Universidad de Groningen (Países Bajos), la Universidad de Joensuu (Finlandia), la Universidad de Milan-Bicocca (Italia) y la Universidad de Potsdam (Alemania).

2.2. Revistas, Manuales, Congresos

La otra opción, cuando no es posible seguir el Máster europeo, es realizar los cursos de doctorado de filología, y completar la formación mediante lecturas específicas de tema clínico. Para ello, el estudiante cuenta con diversas revistas, manuales, y actas de congresos.

Clinical Linguistics and Phonetics es el órgano de difusión científica de la Asociación Internacional de Lingüística y Fonética Clínica (ICPLA: International Clinical Phonetics and Linguistics Association). La asociación publica la revista con periodicidad mensual, y celebra congresos bianuales.

Otras revistas destacadas son: *Journal of Neurolinguistics*, *Brain and Language*, *Aphasiology*.

Entre los manuales, destacamos el manual de 2006, editado por E. Garayzábal en la editorial Antonio Machado, *Lingüística clínica y logopedia*. En el mismo año de 2006 se celebró en la Universitat de València el *I Congreso de Lingüística Clínica*, que ha adoptado una periodicidad trianual con la celebración del *II Congreso Internacional de Lingüística Clínica* en Madrid, en noviembre de 2009.

2.3. Modelos teóricos: el cambio de los años 90

La tradición de estudios sobre patologías del lenguaje que se desarrolla en los años centrales del siglo XX adopta un modelo teórico básicamente generativista, lo que supone asumir un modelo que rechaza la importancia de los datos, de la actuación real de los hablantes. Gran parte de los estudios (especialmente los de afasiología) se desarrollan coincidiendo con la consolidación de los primeros modelos chomskianos. Como todo lingüista sabe, esto supone incorporar algunas premisas básicas, entre ellas:

- la concepción **innatista** del lenguaje;
- la **creatividad** de los hablantes-oyentes ideales;
- la distinción entre **Competencia** y Actuación, eligiendo la primera como campo de interés, y eludiendo la segunda por su variabilidad;
- el **formalismo** descriptivo;
- la diferenciación de varios niveles de abstracción, inicialmente **Estructura Profunda** y Estructura Superficial, privilegiando la primera por su naturaleza mentalista;
- la consideración esencial de la **sintaxis**.

Todas estas premisas, sin embargo, se incorporan con un reduccionismo notable y en ocasiones, por qué no decirlo, sospechosamente cómodo. Fromkin (2000) ha señalado, por ejemplo, que los modelos estructuralistas resultaban poco operativos en la medida en que rechazaban el interés por cuestiones mentalistas (mecanicismo bloomfieldiano), pero esto no justifica la utilización claramente selectiva de los conceptos chomskianos, denunciada por el propio Lenneberg en los años de la teoría estándar (1968: 322). Al igual que ocurre en otros ámbitos de indagación (por ejemplo, los estudios tipológicos), la asunción de premisas generativistas evita la preocupación por aspectos tan cruciales como la representatividad de los datos: si la gramática es innata, y si el objetivo es describir la competencia pero no la actuación, cualquier hablante es representante del “hablante-oyente ideal” en la misma medida, lo que da carta de naturaleza a los **estudios de caso único**, tan duramente criticados después por investigadores como Caramazza (Berndt y Caramazza 1999) o Caplan (2001).

Por otro lado, la base teórica generativista explica también la identificación de lenguaje y gramática y, en última instancia, la aplicación directa del modularismo al lenguaje; como hemos dicho en otras ocasiones, asumir que la mente tenga una organización modular no supone necesariamente que la gramática sea modular y, en consecuencia, que sus componentes estén informativamente encapsulados y puedan analizarse/rehabilitarse de manera autónoma (Gallardo 2007). Esto explica la tendencia a subrayar los aspectos lineales y de sucesividad prescindiendo de los fenómenos de simultaneidad o minimizando su importancia, pese a que los estudios de neuroimagen y los (escasos) estudios con muestras amplias de pacientes muestran de manera insistente el reduccionismo que supone la visión modular:

“Functional neuroimaging studies suggest that the neural basis of human language is not compartmentalized in modules as proposed by many linguists and cognitive psychologists, but rather it is intertwined with other aspects of cognition, motor control, and emotion”. (Tannock 2003: 50)

Grodzinsky (2000: 3):

“The movement to revise the picture from one of activity-based cerebral centers to centers representing different levels of linguistic analysis, then, has appeared to be on the right track, and has thus become the prevailing view in neuroscience. (...) The data even appear contradictory at times: Wernicke's aphasics have some disturbances in syntactic comprehension (...), whereas Broca's patients, while failing certain tasks that probe receptive syntactic abilities (...), have shown success in others (...). Taken at face value, these findings cast serious doubts on the model, in which Broca's area (but not Wernicke's) supports receptive syntactic mechanisms. Yet, given certain provisos, the neurological model can still be maintained”.

Vinculado a esta peculiar interpretación del modularismo surge otro rasgo importante en la tradición de estudios sobre patología del lenguaje, y es que no encontramos descripciones globales de la gramática de los mismos informantes: un estudio puede describir aspectos de sintaxis verbal en un grupo de hablantes afásicos, pero no se completa esta descripción con la caracterización fonológica y semántica del mismo grupo de hablantes realizada desde los mismos planteamientos teóricos. Otros estudios atienden a la descripción de ciertos déficits fonológicos, pero prescinden completamente de la sintaxis y la semántica de esos mismos hablantes; etc. Entre estas aplicaciones sesgadas de la teoría lingüística, llama especialmente la atención la ausencia de modelos como la teoría de

prototipos semánticos, o la iconicidad sintáctica, y en general los modelos de lingüística cognitiva.

La otra consecuencia evidente de la base teórica generativista es la focalización de aspectos gramáticos/normativos, y el descuido de los aspectos comunicativos/pragmáticos. Actualmente, no cabe ya esta preocupación esencialmente formalista:

“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).

El interés por la eficacia comunicativa real aparece en el ámbito clínico en los años 80, con la incorporación de perspectivas pragmáticas en el ámbito de la evaluación (Prutting y Kirchner 1983; Penn 1985). Surgen pronto las voces que reclaman el interés por la competencia comunicativa de los hablantes con déficit, sustituyendo la competencia lingüística, igual que la sociolingüística había reclamado lo propio en los años 60 (Hymes):

“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).

Este cambio de perspectiva es tan importante en un campo de aplicación con consecuencias directas en la práctica clínica que Smith y Leinonen (1992) hablan de “revolución pragmática” para referirse a él.

3. Ámbitos de la Lingüística Clínica

La descripción de los campos de indagación de la lingüística clínica puede adoptar dos perspectivas básicas, según se plantee desde la clínica (descripción de los diferentes trastornos objeto de análisis) o desde la lingüística (descripción del déficit lingüístico a través de los componentes del lenguaje); en ambos casos, el tema será el déficit lingüístico.

Por lo que se refiere a la posible dimensión profesional de la lingüística clínica, ésta sólo es posible a partir de su integración en equipos multidisciplinares de neurorrehabilitación; si intentamos describir sus tareas podemos señalar las siguientes:

- en primer lugar, el lingüista tiene la labor de **describir** los datos lingüísticos de los hablantes con déficit, cuidando de que éstos sean obtenidos en los contextos adecuados y con la metodología adecuada, incorporando sus conocimientos globales sobre todos los componentes del lenguaje (validez ecológica de los datos).
- en segundo lugar, la **investigación** lingüística sirve de puente imprescindible entre el diagnóstico del neurólogo, neuropediatra o neuropsicólogo y la praxis rehabilitadora del logopeda.
- en tercer lugar, el conocimiento global del sistema de la lengua permite al lingüista **diseñar protocolos** de evaluación y rehabilitación para ser utilizados por el logopeda.
- en cuarto lugar, hay que insistir en que **el lingüista no** diagnostica ni rehabilita; tampoco identifica síndromes por agrupación de síntomas y lesiones; el lingüista **describe** una conducta verbal y **propone** al logopeda procedimientos de evaluación o de recuperación vinculados.

3.1. Descripción (breve) del déficit lingüístico

El trastorno del lenguaje se ha conceptualizado como una actuación lingüística fuera de la norma. Es decir, cualquier desviación en los componentes de la lengua (fonológico, semántico, morfológico y sintáctico), producto de un desorden orgánico o funcional. De esta manera el habla del sordo era considerada como trastornada, así como las variaciones en el discurso del deficiente mental o la expresión del niño en pleno desarrollo lingüístico. Este marco teórico trajo como consecuencia la elaboración de taxonomías diagnósticas, definidas para incluir en determinada categoría aquello que se consideraba anormal.

Este punto merece una reflexión cuidadosa pues la actividad evaluativa del logopeda, terapeuta del lenguaje o fonoaudiólogo llevó a considerar como trastorno todo aquello que no se ajustara a la norma culta, ejemplo de esto es que se llegaron a definir como atípicas las variaciones fonológicas del español venezolano utilizadas por grupos pocos favorecidos o de procedencia social baja, las cuales eran denominadas (o todavía lo

son) “dislalias ambientales”, y que al sujeto con sordera se le evaluara a partir de un enfoque fonocéntrico, irrespetando su condición de usuario de la lengua de señas, por lo que se le asignaba un nivel de rendimiento lingüístico falso y teñido de una concepción bastante deficiente, considerándolo como portador de una patología lingüística y de otras características deficitarias.

A partir de la década de los sesenta, la lingüística impulsa un movimiento de aparente cambio en el marco teórico de la terapia del lenguaje, producto de la influencia generativista y constructivista, esta transformación se siente con fuerza en la década de los ochenta. En este segundo momento, la lingüística logra una gran influencia en las concepciones teóricas y metodológicas de esta disciplina, llegando a definir la necesidad de una integración entre la lingüística y la terapia del lenguaje (logopedia o fonoaudiología).

En esta etapa el lenguaje pasa a ser considerado como actividad y como un proceso eminentemente social, (Austin 1962; Searle 1971; Halliday 1975; Vigotski 1989; van Dijk 1997 y Barrera y Fraca de Barrera 1999), definiéndose como una capacidad inherente al ser humano que hace posible el acceso al conocimiento y la adaptación social a través de una serie de habilidades fisiopsicológicas, funcionalmente organizadas y destinadas a la comunicación social y a la transmisión de la cultura.

Desde esta perspectiva, el hombre se vale primordialmente del lenguaje para sus intentos comunicativos, al poder crear actos comunicativos utilizando para ello complejos sistemas codificados. Las diversas formas que emergen de esta función son determinadas en gran manera por el contexto y por el objetivo que tiene el uso de las estructuras lingüísticas. Es por ello que al comunicarse el ser humano utiliza su competencia comunicativa, la cual suma el conocimiento gramatical con el conocimiento del contexto. En definitiva el lenguaje, permite la elaboración de textos (orales, gestuales, escritos), adaptados a los diferentes contextos de actuación. En este concepto ya existe una clara influencia de la sociolingüística y de la psicolingüística, y además, una necesidad de avanzar en la consideración de los aportes de la lingüística clínica. Sin embargo aun no se ha logrado un desarrollo tal en esta área que nos permita estar satisfechos.

Sin embargo existe acuerdo en asumir el lenguaje y sus alteraciones, no sólo desde lo neurológico, sino en términos de un proceso influenciado por variables sociales y culturales, las cuales juegan un rol importante en su definición y caracterización. Por ello,

para estudiar el trastorno se hace necesaria una visión amplia que incluya lo lingüístico, lo psicológico y lo social y además, hacerlo desde un marco interdisciplinario, donde diferentes saberes y puntos de vista se conjuguen. Por lo que definir norma y trastorno nos conduce a la consideración de variables epistemológicas y ontológicas, es decir a teorías y a creencias. En otras palabras, a nuestros marcos ideológicos y a nuestro mundo posible.

Con respecto a este punto Pietrosemoli (2007, p.317) plantea que el concepto de estándar es más una comodidad teórica que una realidad, pues al usar cualquier lengua, los hablantes manifiestan una gran variedad de formas, todas ellas altamente productivas desde lo discursivo, y esta variabilidad no se relaciona sólo con el paso de los años o con el nivel de instrucción, sino que la misma es una realidad sociolingüística que debe ser considerada al diseñar instrumentos de evaluación.

3.1.1. Por componentes del lenguaje

Una estudiante que programe una investigación con datos clínicos puede asumir el planteamiento habitual de las tesis en lingüística enmarcadas en uno u otro componente del lenguaje. Así, en el ámbito fonológico encontramos como déficit básico las parafasias, que consisten en la alteración de las estructuras fonológicas; tales alteraciones pueden afectar a los rasgos distintivos (sonorizaciones, oclusivizaciones) o a los fonemas, produciendo sustituciones, omisiones, alteraciones del orden y/o aparición de elementos intrusos en la estructura de la palabra.

Las posturas clásicas insisten en la diferenciación teórica entre un déficit estrictamente articulatorio, que correspondería a lo que suele etiquetarse como “trastorno del habla”, y un trastorno realmente lingüístico, con incidencia en el inventario fonológico del hablante, que sería un trastorno fonológico. Actualmente, se tiende a considerar que los trastornos claramente fonéticos, debidos a problemas en el aparato fonador (disglosia), alteraciones de ritmo y fluencia (disfemia), o malos hábitos articulatorios (dislalia) tienen también algún tipo de repercusión en el ámbito fonológico, es decir, en lo relativo al inventario de unidades.

El déficit lingüístico puede manifestarse también en morfología y sintaxis; la tradición afasiológica desarrollada a propósito del inglés diferencia como síntomas independientes el agramatismo y el paragramatismo atribuyendo al primero un predominio

morfológico y al segundo una incidencia de mayor alcance sintáctico. Sin embargo, la práctica real con lenguas más típicamente fusionantes no facilita una distinción tajante entre ambos componentes. El propio Test de Boston, que es una de las baterías más habituales de evaluación del lenguaje (Harold Goodglass y Edith Kaplan) agrupa en el epígrafe “Pérdida de la gramática y de la sintaxis” los déficits que involucran ambos componentes. En este test se define el agramatismo como yuxtaposición de sustantivos y verbos, con la consiguiente omisión de

“prácticamente todas las palabras de categorías gramaticales menores (o palabras funcionales) e indicios de inflexión en tiempos de verbos, persona y número” (Goodglass y Kaplan 1983: 20)

Tal situación se asocia típicamente con las afasias motoras, mientras que el paragramatismo se vincula a las afasias sensitivas y se describe como una situación en la que:

“la mayor parte de las inflexiones y las palabras de categorías gramaticales menores caen elegantemente en su lugar, pero en el que existen sustituciones u omisiones asistemáticas de morfemas gramaticales y palabras del léxico (es decir, sustantivos, verbos, adjetivos), así como una organización gramatical confusa. [...] los pacientes paragramáticos son fluidos o incluso ‘hiperfluidos’, y a menudo su discurso es rápido y resistente a interrupciones” (Goodglass y Kaplan 1983: 26).

Aunque los conceptos de agramatismo y paragramatismo se desarrollan principalmente en el ámbito de la afasiología (Almagro 2002), se utilizan también para hablantes cuyo déficit no se deba a la afasia. En alguna ocasión (Gallardo 2007) hemos apuntado la posible asociación de estos dos síntomas con la diferencia entre paradigma y sintagma o, también, con unidades semánticamente constitutivas y relacionales. Si analizamos datos de lenguas fusionantes vemos que la definición tradicional de “pérdida de morfemas” no encaja del mismo modo que ocurre con el inglés, donde tal “pérdida” de morfemas coincide con la forma de los infinitivos. Los informantes afásicos motores del corpus PerLA nos muestran una tendencia a la simplificación morfológica, pero no la emisión de raíces desprovistas de su morfema: no cabe la explicación en términos de pérdida. Esta simplificación ha sido explicada mediante teorías como la adaptativa (Kolk) y, más recientemente, la teoría de la infradeterminación sintáctica. C. Hernández (2006: 106) describe este rasgo como

“ausencia (relativa) de expresión formal (univoca) para las funciones sintácticas. La infradeterminación cobra todo su sentido funcional cuando la entendemos no solo como una suerte de déficit formal, sino como correlato imprescindible para dotar al contexto o situación comunicativa de todo su valor cosignificante”.

En semántica nos encontramos como déficit central la anomia, es decir, los problemas de acceso léxico o pérdida de palabras; la anomia puede dar lugar a parafasias semánticas (donde la palabra meta es sustituida por otra palabra o por una no-palabra) y a un discurso ininteligible donde resulte difícil identificar lo que el hablante pretende en realidad decir; en casos extremos se habla de jergafasia, que puede darse en hablantes con afasias sensitivas o con demencias. Otros síntomas que evidencian la existencia de déficit léxico-semántico son las perseveraciones (en el ámbito de los tests, repetición de palabras correspondientes a estímulos previos), las estereotipias (palabras o sintagmas cuya emisión no se logra inhibir), las ecolalias (repetición del discurso ajeno), las glosomanías (temas preferidos, hiperdesarrollados).

Por último, el déficit pragmático puede describirse según se manifieste principalmente en la gestión de categorías enunciativas, textuales o interactivas. En el primer caso encontramos hablantes que muestran problemas con la integración de las distintas dimensiones de los actos de habla, con la utilización adecuada de los deícticos, o con la emisión de cierto tipo de turnos; en el ámbito textual podemos encontrar problemas relativos a las marcas de cohesión y al seguimiento de las superestructuras narrativa o argumentativa; entre las categorías interactivas encontramos hablantes que tienen problemas con la gestión temática (dificultades para iniciar y/o cambiar y/o desarrollar nuevos temas de conversación), con su nivel de participación conversacional (proporción de turnos o de actos de habla). También es importante el estudio de la comunicación no verbal, o del desarrollo de estrategias compensatorias del déficit.

Todos estos niveles de indagación deben desarrollarse a partir de datos ecológicamente válidos, tal y como se hace en la descripción de las lenguas naturales, lo que exige una muestra amplia de informantes y su adecuación a criterios de representatividad sociolingüística; para ello, resulta imprescindible la elaboración de corpus con criterios fiables y rigurosos, que deben incluir la interacción de los hablantes con

déficit y sus interlocutores-clave; estos constituyen la muestra de control respecto de la cual se puede hacer el contraste y son también un objetivo de estudio por sí mismos, en la medida en que necesitan desarrollar estrategias de comunicación que ayuden a los hablantes con déficit (Gallardo 2005c). La información resultante de este tipo de estudios es necesaria para complementar la que se obtiene mediante los habituales procedimientos de evaluación.

3.1.2. Por etiología

Imaginemos que el MEC, Ministerio de Educación y Ciencia, publica una convocatoria específica de 6 becas de investigación para elaborar la gramática de una hipotética lengua recién descubierta; a los seis candidatos se les asigna la descripción de un único componente, de manera que el “reparto” queda así:

- la doctoranda A se encarga de describir el sistema fonológico, para lo que asume los planteamientos binaristas de su directora de tesis;
- el doctorando B se encarga de la morfología adoptando un enfoque generativista basado en el modelo palabra y paradigma, que ha desarrollado notables publicaciones en su departamento universitario;
- la doctoranda C se ocupa de la sintaxis, utilizando el modelo generativista de la teoría de la huella por recomendación de su director de tesis;
- los doctorandos D y E asumen por su parte una descripción de la semántica, pero el primero asume un modelo descriptivo estructuralista y el segundo se basa en la teoría de prototipos, cada uno de ellos siguiendo los modelos más seguidos en sus universidades;
- por último, la doctoranda F aborda una descripción de la pragmática combinando planteamientos de la teoría de la enunciación con la pragmática integrada y el análisis conversacional.

Cabe pensar que la publicación subsiguiente de la gramática completa necesitaría relecturas y reajustes, en la medida en que se utilizan bases teóricas con presupuestos irreconciliables. Sin embargo, esta discrepancia y heterogeneidad en las bases teóricas y metodológicas es lo que, salvo excepciones, nos ofrece la bibliografía general sobre patologías del lenguaje.

Otro enfoque posible es describir todos los componentes del lenguaje a partir de los datos de una única patología. La bibliografía no suele ofrecer este tipo de descripciones exhaustivas, así que suponen un interesante reto de futuro. Sería muy interesante describir todos los componentes del lenguaje de un mismo grupo de hablantes asumiendo una base teórica compartida y única; como hemos dicho, en el panorama de estudios llama la atención la multiplicidad de modelos teóricos lingüísticos utilizados como si fueran intercambiables (modelos de redes o rasgos en semántica, distintos modelos generativistas en sintaxis, modelos praguenses o generativistas en fonología...), frente a la ausencia de descripciones realizadas desde modelos propios de la lingüística cognitiva (sería muy interesante, por ejemplo, aplicar la teoría de prototipos a una descripción semántica de datos deficitarios).

Si repasamos los grupos poblacionales donde puede ser pertinente un estudio de lingüística clínica, cabe distinguir entre los estudios de población infantil y adulta. Entre los trastornos del desarrollo, cursan con algún tipo de déficit lingüístico los trastornos de atención y/o hiperactividad (TDAH), los trastornos de espectro autista en sus diferentes niveles de gravedad (incluidos a su vez en los TDGD, Trastornos Generales del Desarrollo), el síndrome de Down, el síndrome de Williams, el síndrome de Asperger, o el trastorno del lenguaje (a veces llamado trastorno específico del lenguaje, TEL, o disfasia). En todos estos ámbitos (citamos los más investigados, pero esto no significa que sean los únicos ni que sean más importantes que otros, cf. Gallardo 2005a) la lingüística clínica ha de lograr una descripción exhaustiva, capaz de superar los rasgos idiolectales y proporcionar a los logopedas visiones integradas de los distintos componentes.

En el ámbito adulto se podría pensar que la afasia es el campo de desarrollo de la lingüística clínica por excelencia, pero en general todos los hablantes con algún tipo de daño cerebral son objeto de interés, incluyendo traumatismos craneoencefálicos que no desencadenen afasia, o el daño cerebral en el hemisferio derecho. Otro grupo que debe ser considerado como foco de estudio es el de las personas afectadas por cualquier tipo de demencia, como por ejemplo la de tipo Alzheimer. A este respecto los estudios de Hamilton (1994) y Valles (2007, 2008) muestran interesantes resultados los cuales apuntan a considerar que la comunicación en estos casos se mantiene a pesar del deterioro cognoscitivo. La enfermedad de Parkinson y las enfermedades psiquiátricas constituyen

otros diagnósticos a ser incluidos, por lo que el futuro de la investigación en este ámbito se muestra con grandes posibilidades para el uso de metodologías de exploración como la neuroimagen y para la aplicación de conocimientos muy actuales relacionados con los cambios que la propia intervención logopédica o fonoaudiológica provoca en la actividad cerebral y lingüística de los pacientes.

4. Conclusiones

En definitiva, la lingüística clínica supone un ámbito de aplicación inexcusable para la lingüística actual, y se presenta como un campo de futuro interesante y con aplicaciones inmediatas en la calidad de vida de los hablantes con déficit, por esto, su estudio y aplicaciones prácticas, constituye una necesidad en el campo de la logopedia o fonoaudiología.

5. Referencias

- Almagro, Yolanda. 2002. *Estudio del componente léxico y morfosintáctico en pacientes afásicos bilingües del catalán y del castellano*. Tesis doctoral. <http://www.tesisenxarxa.net/TDX-1014102-124548/index.html>
- Austin, J.L. 1962. *How to do things with words. The William James Lectures delivered at Harvard University in 1955*. Oxford: Clarendon Press.
- Bernardo, José Marí y Pellisser, Nel.lo. 2006. “La construcción mediática de la Sanidad”, en Beatriz Gallardo, Carlos Hernández y Verónica Moreno (Eds): *Lingüística clínica y neuropsicología cognitiva. Actas del Primer Congreso Nacional de Lingüística Clínica. Vol 3. Lingüística interaccional en ámbitos de salud*, Valencia: Universitat; pp. 1-16.
- Berndt, Rita Sloan y Caramazza, Alfonso. 1999. “How 'regular' is sentence comprehension in Broca's Aphasia? It Depends on How You Select the Patients”, *Brain and Language* 67, pp. 242-247.
- Caplan, David. 2001. “The Measurement of Chance Performance in Aphasia, with Specific Reference to the Comprehension of Semantically Reversible Passive Sentences: A Note on Issues Raised by Camarazza, Capitani, Rey and Berndt (2991) and Draai, Grodzinsky, and Zurif (2001)”, *Brain and Language* 76, pp. 193-201.
- Chen, Liang. 2004. “Clinical linguistics”, *Language* 80/4, pp. 885-886.
- Comrie, Bernard. 1981. *Universales del lenguaje y tipología lingüística. Sintaxis y morfología*, Madrid: Gredos, 1988. Trad. de Augusta Ayuso.
- Crystal, David. 2001. “Clinical linguistics”, en M. Aronoff & J. Rees-Miller (Eds.): *The Handbook of Linguistics*, Oxford: Blackwell, pp. 673-682.
- Díaz Martínez, Félix. 2006. “Algunos aspectos de organización conversacional en la consulta de logopedia”, Beatriz Gallardo, Carlos Hernández y Verónica Moreno (Eds): *Lingüística clínica y neuropsicología cognitiva. Actas del Primer Congreso Nacional de Lingüística Clínica. Vol 3. Lingüística interaccional en ámbitos de salud*, coord. por B. Gallardo y E. Serra. Valencia: Universitat.
- Escavy, Ricardo. 2006. “El principio de cooperación y las relaciones antagónicas”, en Beatriz Gallardo, Carlos Hernández y Verónica Moreno (Eds): *Lingüística clínica y*

- neuropsicología cognitiva. Actas del Primer Congreso Nacional de Lingüística Clínica. Vol 3. Lingüística interaccional en ámbitos de salud*, Valencia: Universitat. pp. 31-40.
- Fraca de Barrera, Lucía. 2000. Un enfoque integrador para la didáctica de la lengua materna. *Cuadernos Pedagógicos del CILLAB N° 1*. Caracas: CILLAB.<C:\Documents and Settings\enrique\lecturas\Estructuras sistemas modelos.htm>
- Fromkin, Victoria. 2000. "Brain, Language and Linguistics", *Brain and Language*, 71 pp. 72-74.
- Gallardo Paúls, Beatriz. 2005a. "El lenguaje y la mente", en A. López y B. Gallardo (Eds): *Conocimiento y lenguaje*, Valencia: PUV.
- Gallardo Paúls, Beatriz. 2005b. "Categorías inferenciales en pragmática clínica", *Revista de Neurología*, 41 (Supl 1), pp. 65-71.
- Gallardo Paúls, Beatriz. 2005c. *Afasia y conversación. Las habilidades comunicativas del interlocutor-clave*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Gallardo Paúls, Beatriz. 2007. *Pragmática para logopedas*, Cádiz: Universidad de Cádiz.
- 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.
- Gràcia, Lluïsa y Bou, Conxa. 2006. "Lenguas, inmigración y comunicación en los centros de salud". Beatriz Gallardo, Carlos Hernández y Verónica Moreno (Eds): *Lingüística clínica y neuropsicología cognitiva. Actas del Primer Congreso Nacional de Lingüística Clínica. Vol 3. Lingüística interaccional en ámbitos de salud*, Valencia: Universitat, pp. 60-82.
- Grodzinsky, Yosef. 1990. *Theoretical Perspectives on Language Deficits*, MIT Press.
- Grodzinsky, Yosef. 2000. "The neurology of syntax: Language use without Broca's area", *Behavioral and Brain Sciences* 23/1, pp. 1-71.
- Grundy, Kim (Ed.). 1989. *Linguistics in Clinical Practice*, London: Whurr Publ., 1995.
- Halliday, M. A. K. 1975. *Learning how to mean. Explorations in the Development of Language*. London: Edward Arnold (Publishers).
- Hamilton, H. 1994. *Conversations with an Alzheimer's patient. An interactional sociolinguistics study*. NY: Cambridge University Press.<C:\Documents and Settings\enrique\lecturas\Estructuras sistemas modelos.htm>
- Hernández Sacristán, Carlos. 2006. *Inhibición y lenguaje. A propósito de la afasia y la experiencia del decir*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Howard, Sara. 2002. "Clinical linguistics for students of linguistics", Consultado en noviembre de 2008 en <http://www.llas.ac.uk/resources/gpg/401>
- Kolk, Herman y Heeschen, Claus. 1992. "Agrammatism, Paragrammatism and the management of Language", *Language and cognitive processes*, 7(2), pp.89-129.
- 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.
- Obler, Loraine K. y Gjerlow, Kris. 2000. *El lenguaje y el cerebro*, Cambridge University Press: Madrid, 2001. Trad. de Eva Méndez y Pedro Tena.
- Patry, Richard y Nespoulous, Jean-Luc. 1990. "Discourse Analysis in Linguistics: Historical and Theoretical Background", en Joannette y Bronwell (Eds.): *Discourse ability and brain damage*, New York: Springer-Verlag; pp.3-27.
- Penn, Claire. 1985. "The profile of communicative appropriateness: a clinical tool for the assessment of pragmatics", *Southafrican Journal of Communicative Disorders*, 32, pp. 18-23.
- Peña-Casanova, Jordi, Pérez Pamies, Montserrat, Manero, Rosa M. y Bertran-Serra, I. 1995. "Rehabilitación del discurso y de la comunicación (aspectos pragmáticos)", en Peña-

- Casanova y Pérez Pamies (Eds.) *Rehabilitación de la afasia y trastornos asociados*, Barcelona, Masson. pp. 231-241.
- Pietrosemoli, Lourdes. 2007. "Análisis del discurso en poblaciones especiales: la conversación con afásicos", en Adriana Bolívar (compiladora) *Análisis del discurso, ¿Por qué y para qué?* Caracas: Los Libros de El Nacional. Colección Minerva. Manuales Universitarios, pp. 305-320.
- Prutting, Carol A. y Kirchner, Diane. 1983. "Applied pragmatics", en Gallagher, T.M. y Prutting, C.A. (eds): *Pragmatic assessment and intervention issues in language*, San Diego, California College-Hill Press, pp. 29-64.
- Searle, J. 1971. *What is a speech Act? The Philosophy of Language*. Oxford : Oxford University Press.
- Smith, Benita Rae y Leinonen, Eeva. 1992. *Clinical Pragmatics. Unravelling the complexities of communicative failure*, London: Chapman & Hall.
- Tannock, Rosemary. 2003. "Language and mental disorders: the case of ADHD". En Willy Østreg (ed): *Convergence. Interdisciplinary Communications 2004/2005*, Centre for Advanced Study, Oslo
http://www.cas.uio.no/Publications/Seminar/Convergence_Tannock.pdf
- Valero Garcés, Carmen. 2006. "Por una comunicación de calidad en entornos médicos con población inmigrante", *Actas del Primer Congreso Nacional de Lingüística Clínica*. Vol 3. Lingüística interaccional en ámbitos de salud, Valencia: Universitat. Vigotski, L.S. 1989. *Obras Completas*. La Habana: Edit. Pueblo y Educación.
- Valles, Beatriz. .2006. "La cohesión y la coherencia en la conversación del paciente con demencia. Un estudio discursivo". *Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriátrica*. Vol. 20 N° 1. pp 881-887. Enero-marzo 2006.
- Valles, Beatriz. 2008."Retos, perspectivas y consideraciones éticas en torno a la evaluación del lenguaje en la persona con demencia". *Journal de la Asociación Brasileira de Fonoaudiología*. Vol. 13, N° 1, pp. 89-96. Enero-Marzo 2008.
- Van Dijk, TA. 1997. *Discourse as social interaction. Discourse studies 2. A multidisciplinary introduction*. London: Sage.

¹Esta publicación se enmarca dentro de los proyectos de investigación financiados por el Ministerio de Ciencia e Innovación: *Protocolo de análisis pragmasintáctico en afasias. Un estudio de corpus oral* (HUM2007-66074-C02-02) y *Coherencia, cohesión y pragmática textual en situaciones de déficit lingüístico* (FFI2008-02592/FILO).

² Como es bien sabido, en el ámbito internacional existen excepciones a este desinterés generalizado. Por ejemplo, la obra de Roman Jakobson y su interés tanto por los temas de adquisición como por la afasia; los estudios de Ruth Lesser; y por último, la obra de David Crystal, que es quien acuña el término “lingüística clínica”.